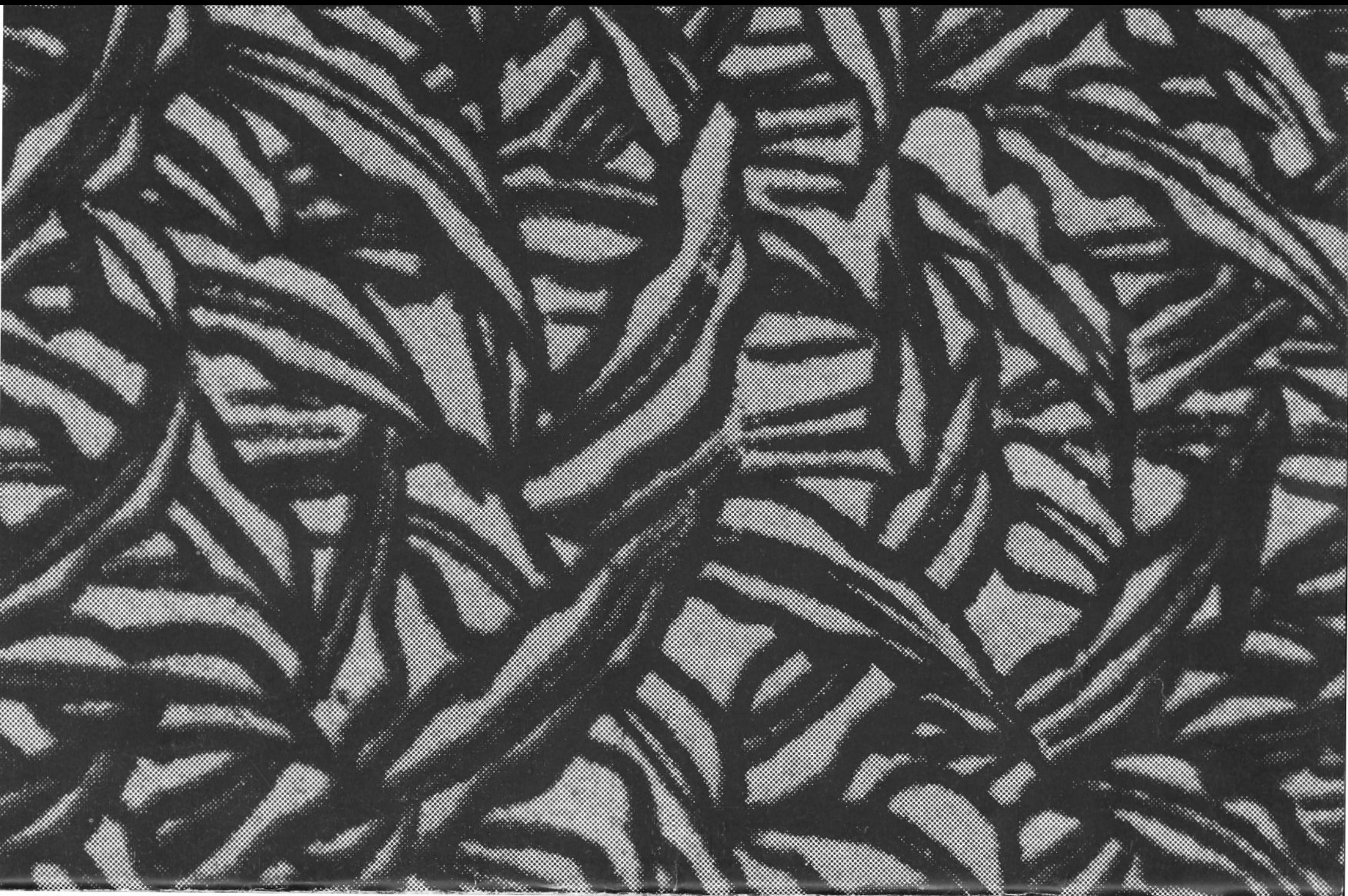
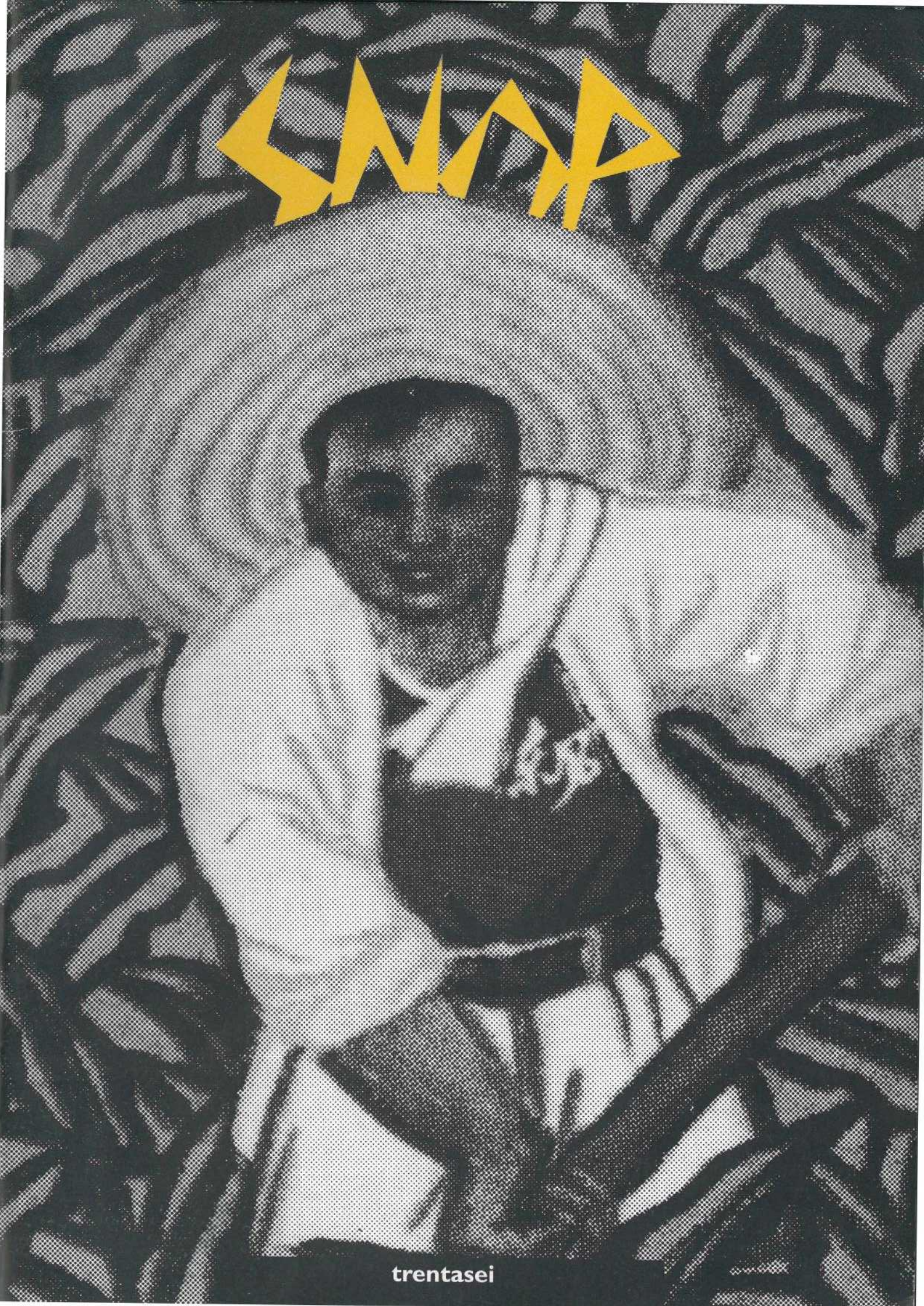
^nA Rivista trimestrale della società nazionale
degli operatori della prevenzione

NUMERO 36
NOVEMBRE 1995

Redazione: via Meuerio,2 - Milano -rei.va^aoycyi^
Autorizzazione Tribunale di Milano n. 416 del 25.7.86
Spedizione in abbonamento postale (50%) Milano




SNAP

# SOMMARIO


**EDITORIALE** I
Snop virtuale o post snop
di Laura Bodini
e Dario Tagini

**CORSIVO** 3
Internos
di Giallolimone

**LETTERE** 4
Piano, pianissimo, state fermi!
di Moria Maletti
Ardystil in Tunisia
di Raouf Benammar

**CONTRIBUTI** 6
Riflessioni
di Attilio Pagano
Appunti per la formazione
di Emilio Volturo

**INIZIATIVE SNOP** 12
Convegno di Cento
di Laura Bodini
Sicurezza in edilizia
a cura di Snop Veneto
Subsprint
a cura di Paola Bertoli
Vigilanza o consulenza
a cura di Snop Sicilia

**EUROPEAN OUTLOOK** 20

**MATERIALI DL LAVORO** 24
Osha checklist
a cura di R. Tartaglia
Materiali a Bologna
a cura della redazione

**LE NOTIZIE** 31
I controlli in ferrovia
a cura di E Carnevale
Salute e sicurezza nella pesca
di G.A. Tozzi
Mediterraneo
di Laura Bodini
Infortunio mortale
da degradazione del **PTFE**
a cura del servizio Ipatsll
Trescore Balneare) BG

**DOC** 42
Medici competenti e servizi
di prevenzione e controllo
di E. Cipriani, F. Coato, C. Piz e M. Pof

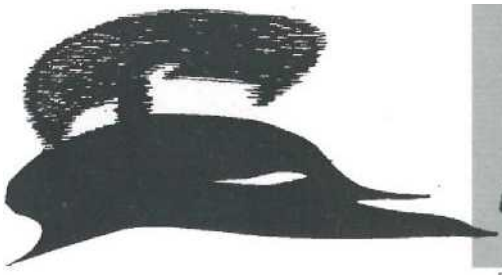
**IN POLTRONA** 45

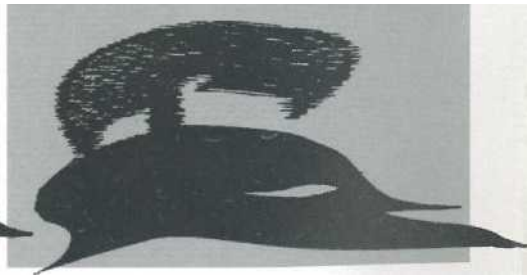
**In copertina**
Il disegno di questo numero è tratto dalla copertina del secondo volume del "Trattalo di economia politica" di Xu He edito da Mazzotta, Milano. L'autore non è citato, e ce ne dispiace.

**Newsnop**
Il contadino cinese porta un bel cappello dalle larghe tese non perché così vuole la sua storia, la sua mamma o l'iconografia occidentale, ma per difendersi dai raggi del sole. **In** parole povere, o meglio in parole burocratiche, il suo cappello è un DPI. Per questo dedicheremo ai cappelli, siano essi Dpi o no, questo numero di Snop. A proposito dei Dpi invece vorremmo sottolineare come l'abitudine di parlare per sigle (la peggiore: D. L.vo) sia diventata veramente insopportabile. Un pacato consiglio: piantatela!

**Sportello informazioni Snop**
presso l'Istituto Ambiente Europa
via P. Finzi, 15 - 20126 Milano
Tel. 02/27002662
Fax 02127002564

**Pubblicità su Snop**
Telefonare o inviare un fax
al numero 0213 9 3 1 04 84






**Rivista trimestrale della società nazionale degli operatori della prevenzione**

NUMERO 36
NOVEMBRE 1995

Autorizzazione Tribunale di Milano
n. **416** del 2517186
Direttore respons.: Giancarlo **D'Adda**
Direttore: Laura Bodini
Vicedirettore: Alberto Baldasseroni
Prog. grafico e disegni: R. Maremmani
Redazione: Milano. **via Mellerio** 2
**tel.: 0218692913**

sperl, in abb. postale (50%) Milano
Stampe Editoriale Brianza
22065 Cassago Brianza (Le)
Tel. 039/92119 l 4 - 3 linee r.a.
Proprietà - Editore:
Snop - Società nazionale
via Camiciai. 2 -Bologna
tel.: 0511244024

**Abbonamenti**
**Lire 20.000 per quattro numeri**
**Lire 30.000 per otto numeri**
Tramite versamento postale su c/c n. **20012407** intestato a **SNOP - Società nazionale - via Ciamician, 2 - Bologna,** indicando la **causale** del versamento e l'**indirizzo** a cui spedire la rivista.
**Prezzo di un numero lire 5.000**


**Dallo statuto SNOP**
*.Art. I - Ecostituita l'associazione denominata "Società Nazionale Operatori della Prevenzione", in sigla SNOP, con finalità scientifiche e culturali e con l'obierrivo di:*
*- promuovere conoscenze ed attività che sviluppino la prevenzione e la tutela del benessere psicofisico dei lavoratori e della popolazione in relazione ai rischi derivanti dall'attività produttiva;*
*- sostenere l'impegno politico e culturale per lo sviluppo di un sistema integrato di* servizi *pubblici di prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro.naliz:ato alla rimozione dei rischi derivanti dalle* attività *produttive.*
*- favorire lo* scambio *di esperienze e informazioni fra gli operatori ed il confronto sulla metodologia ed i contenuti dell'attività per raggiungere l'omogeneità delle modalità di intervento e della qualità di lavoro a livello* nazionale:
*- promuovere un ampio confronto con le istituzioni, le forze sociali e le altre* Associazioni *scientifiche* su *questi tenni; diffondere l'informazione e la cultura della prevenzione.*

## PER I SOCI SNOP

Le quote sociali (ferme dall'85) sono cambiate nel 1995:
socio ordinario 60.000 (sessantamila)
socio sostenitore 100.000 (centomila)

## IN QUESTO NUMERO

Il Decreto 626 è un banco di prova per i servizi di prevenzione e in questo numero troviamo uno speciale "formazione" e la recensione di molti materiali di lavoro utili.
Rimandiamo al prossimo numero - dopo la riunione degli Stati generali della SNOP che si terrà a Sesto San Giovanni il 12 gennaio 1996 - una riflessione sul futuro dell'associazione, riflessione iniziata da tempo e ribadita anche nell'editoriale. Non possiamo aspettare però la terza repubblica o un nuovo presidente (SNOP s'intende!) per avere in ogni territorio del paese uno "stato normale" di servizi, dipartimenti, agenzie regionali di prevenzione, scuole di formazione e centri regionali di documentazione.
Occorre mobilitarsi subito.

## SUL PROSSIMO NUMERO

**Indicatori di salute di popolazione e dati ambientali: che fare nei dipartimenti di prevenzione?**
a cura di Fabrizio Magrelli e Alberto Baldasseroni

**Dove va - dove potrebbe andare SNOP:** il **dibattito nell'associazione**
a cura della redazione

**Aggiornamento dei materiali di lavoro sul 626 e le iniziative scientifiche SNOP per il 1996**
.a cura della redazione

EDITORIALE

# SNOPVIRTUALE O POST SNOP?

di Laura Bodini
e DarioTagini

### "Nulla è più come prima"

Nell'editoriale d'addio del numero scorso il nostro (prossimo ex) Presidente SNOP Graziano Frigeri tracciava all'interno della sua esperienza personale un tratto di vita dell'Associazione.
Cambiano i presidenti delle piccole associazioni come la nostra, nella politica sfumano le forme-partito tradizionali, sorgono teorie a conferma della dissoluzione delle passate forme di organizzazione, si affermano anonime *convention di promoter.* Tutte le associazioni non vivono momenti facili, il sindacato ha perso con i referendum di primavera e si dovrà (ri)guadagnare iscritti e militanti in ogni luogo di lavoro, i nostri servizi decentrati e familiari sono oggi propaggini di megaaziende a cui non importa molto se l'ossigeno ci è stato staccato da mesi.
SNOP non vive fuori da questo mondo e quindi deve ricostruire anch'essa un tessuto di riferimento, delle relazioni, dei modi di essere e di lavorare che siano adatti ad un ambiente sociale che tutti avvertono diverso da prima (prima di quando?), ma che nessuno capisce (almeno, che noi non capiamo ...) se a un certo punto si ristabilizzerà, oppure se il senso di provvisorio e di mutamento continuo sia diventato ormai una costante della società.
Certamente in questi dieci anni (o quasi venti, per chi viene dai precedenti Coordinamenti degli operatori ...) la nostra associazione ha avuto ottime intuizioni e ha promosso tante iniziative perché la prevenzione avesse una sua dignità culturale e organizzativa.
Tutti voi conoscete le decine di Convegni di comparto, iniziative regionali e nazionali su temi topici, incontri e lettere ai soci, materiali di lavoro di varia utilità.
Pur con ovvie discontinuità, abbiamo aperto e mantenuto buoni rapporti con sindacati, associazioni e organizzazioni ambientaliste e d'impresa, magistrati d'assalto e di frontiera, parlamentari, altre associazion i scientifiche ,funzionari regionali non sempre disponibili come oggi.
E se oggi il Coordinamento delle Regioni funziona un po' di più sulla prevenzione e ha posto nel piatto (e nel dischetto) le corpose linee-guida sul Decreto Legislativo 626, se sono state recepite le direttive CEE e la giustiziaè più attenta ai temi della salute nei luoghi di lavoro o di tutela dell'ambiente, se il "modello italiano" di prevenzione è sempre un punto di riferimento, è un po' merito anche della nostra tenacia.

## "La società post-industriale non è basata sull'informazione?"

In molte più o meno recenti occasioni, abbiamo messo l'accento sulla svolta informativa che i nostri servizi devono praticare e sperimentare nei confronti di tutti gli attori della prevenzione. I servizi di prevenzione come "casa comune della prevenzione", si è detto in un passato editoriale. L'informatizzazione - anche se con i soliti limitati mezzi della Pubblica Amministrazione (a quando Windows '95 e Internet? Ah, SNOP è su Internet, vedi l'articolo in questo numero) - è diventata molto più familiare, ma sappiamo usarla come mezzo di comunicazione oltrechè di gestione e semplificazione del lavoro?
A partire dalla applicazione del D.Lgs. 626 il nodo informativo e formativo deve vederci protagonisti a livello territoriale nei confronti degli interlocutori: sindacato e delegati alla prevenzione (o più burocraticamente rappresentanti per la sicurezza), organizzazioni imprenditoriali e singole imprese, medici competenti..., in una scala di iniziative, che vanno fortemente valutate e valorizzate, anche all'interno dei mitici "carichi di lavoro". Ma di questo riparleremo più avanti.
Le strade che stanno percorrendo i diversi servizi, dipartimenti e distretti delle molteplici regioni nelle quali si sta dividendo l'Italia (ma forse era così anche prima, solo che non ce lo dicevamo) sono molte, diverse ed alcune pessime: dall'offerta sul mercato da parte di agguerrite aziende USL di utili servizi di formazione, alla demenziale e non disinteressata proposta di togliere temporaneamente le funzioni di polizia giudiziaria, per potere vendere meglio sul mercato gli operatori, al semplice e gratuito (ma necessario ed eticamente obbligatorio) "sportello informativo" presso ogni servizio territoriale di prevenzione, alla (preoccupante?) fuga di operatori verso il privato, alla pressante campagna acquisti dei direttori generali, soprattutto verso i tecnici, al fine di trasformarli nel servizio di protezione e prevenzione interno dell'Azienda USL.
Come tutti sanno, non a caso come SNOP e come Consulta avevamo presentato, ai tempi delle proposte di articolato di recepimento delle direttive (luglio '94), un semplice emendamento per attenuare il blocco delle consulenze al "territorio di competenza".
Certamente l'impatto con il richiamo delle sirene private ci sta facendo misurare, non solo con le miserabili e mortificanti paghe pubbliche (dei tecnici), ma anche con la nostra professionalità: molti si sono accorti che in questi anni abbiamo acquisito notevoli capacità e conoscenze, spesso trascurate e ignorate dai precedenti "padroni", ma di cui siamo ben consapevoli.
Proprio sul 626 stiamo, ancora una volta, accettando la sfida del confronto con i tecnici del mondo delle imprese in ogni settore produttivo: dalla sanità al tessile, dalla siderurgia allo stampaggio plastica. Stiamo, quasi sempre, dimostrando di esserne all'altezza. In molti servizi, infatti, in questi anni si sono raccolti e studiati molti materiali; sappiamo accedere a fonti informative diversificate, ci siamo abituati da tempo alla complessità di un'indagine in un luogo di lavoro.
Per paradosso la richiesta del privato è a volte più rivolta al lato oscuro, burocratico (quello peggiore...) delle esperienze acquisite dagli operatori, che a quello tecnico: *"fammi una dichiarazione che non crei problemi, nel linguaggio giusto per farla accettare..."*, non *"indicami delle buone bonifiche..."*.

## "I soldi non danno la felicità"

La privatizzazione... brutta bestia. Con le nuove Aziende ne sentiamo di tutti i colori. Vecchi burocrati magicamente trasformati in manager, una spolverata di inglese, i clienti al posto dei pazienti, tutti a fare i conti, anche nei Servizi di prevenzione. In ospedale, dopo anni di esami ripetuti inutilmente sui ricoverati, si fa arrivare il cliente con gli esami già fatti (bene, solo che così li paga lui) e si valuta se è meglio fare questo o quello sulla base del margine di ricavo del DRG.
Nei Servizi di prevenzione, dimenticando che - per ora - il finanziamento è a quota

capitaria, si valuta se è meglio fare i rinnovi piuttosto che le prime visite, perché sono più veloci e durano di meno, o se puntare sull'informazione se non c'è la voce nel tariffario!
L'ubriacatura di privato fa dimenticare a molti che siamo comunque un servizio pubblico, con degli obiettivi di salute e l'obbligo di non buttare via, in attività inutili, i soldi che ci vengono assegnati.
Standard, analisi dei carichi di lavoro, budget per obiettivi: sicuramente tutto ciò sta attivando una notevole revisione dell'attività da svolgere e a volte anche una spietata lettura di quanto non facciamo. Se però la chiave di volta resta una valorizzazione economica (reale o fittizia) dell'attività e non un ragionamento sugli obiettivi di salute, si farà la fine di quei dentisti disonesti che fanno ritornare 10 volte per la stessa otturazione: più piccoli verbali ad aziende non a rischio da fare alla svelta, piuttosto che uno grande ma in una situazione complessa, nessuna attività di informazione e formazione perché non è valorizzata e porta via troppo tempo...

## "I vecchi obiettivi quasi dei metodi da aggiornare"

SNOP - come si diceva - sta vivendo delle difficoltà, non tanto per disorientamento sulle strade da prendere dal punto di vista della prevenzione, ma sull'identità della associazione.
Pagare delle quote e quindi *sentirsi appartenenti* è sempre di più al di fuori del comune sentire (peraltro non togliamo quasi nessuno dall' indirizzario, siamo troppo buoni...) e - non è vergognoso dirlo - moltissimi soci mancano all'appello. Forse dovremmo lanciare una campagna di stampa, quelle del tipo "adotta una balena" e trattenerci una quota del versato: ci risulta difficile però individuare l'oggetto dell'adozione: i servizi, direttamente gli operatori, o i rischi, oppure le bonifiche?
Per molti di noi SNOP è stata una buona o cattiva coscienza, in cui identificare le nostre speranze professionali e fondare una linea scientifica e operativa per il nostro agire. Diciamo francamente che invecchiando siamo diventati un po' più cinici e forse alcune cose è meglio rimuoverle.I percorsi diventano molto più individuali, quasi in concorrenza. Le idee (e spesso le pagine) migliori si *vendono* al privato; la voglia di fare funzionare il sistema pubblico che ci ha contraddistinti come operatori, come servizi e come associazione negli anni precedenti sembra sempre di più un flebile anelito di qualche inguaribile romantico, o vetero operatore, a guardia di una frontiera nemica da fare felice Buzzati.
Lo spazio al confronto tra operatori è visto spesso come intrusione in una organizzazione dei servizi che vede molti di noi presi da una sindrome del comando che se non fosse così naif (anche per totale mancanza di allenamento) sarebbe disperante.
Magli obiettivi (vedi art.1 dello Statuto in 2a di copertina) non sono superati dagli eventi:

- al sud i servizi continuano a non esserci, alcuni stanno nascendo adesso. Ampie disomogeneità nel servizio prestato ai *clienti* (imprese, cittadini più o meno lavoratori) ci sono anche ali' interno delle regioni più evolute;
- istituzioni e forze sociali necessitano ancora di notevoli interventi di sensibilizzazione, per mantenere il livello di interesse per le attività di prevenzione almeno alla situazione attuale (che non è certo ottimale);
- gli operatori non hanno tuttora - tranne in alcune regioni privilegiate - molte sedi per scambiarsi esperienze. In nessuna scuola di formazione per vecchi e nuovi (già, ma quali?).

Vecchi obiettivi, nuove metodologie, nuovi modi di adesione: vendere dei servizi, ci è stato suggerito. Il problema è quali, e quanti sono e quanti soldi hanno i compratori: ci stiamo lavorando, si accettano volentieri suggerimenti (gratuiti).

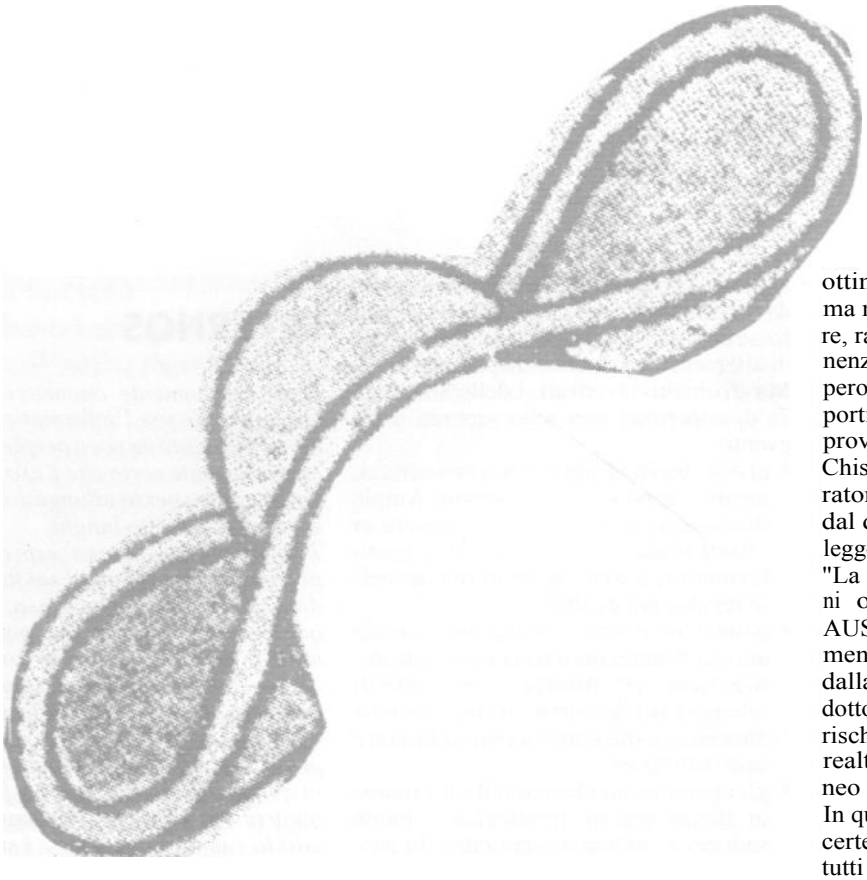
## "Vogliamo dei servizi normali"

**In** effetti non è vero che gli obiettivi sono sempre gli stessi, se ne è aggiunto uno: *vogliamo dei servizi normali.* Riconosciamo che è copiata, ma il nostro copy sta lavorando per la Coca Cola.
Il nostro obiettivo è che tutti i clienti italiani dei servizi di prevenzione abbiano pari opportunità di salute: questo oggi non è vero. Vogliamo - banalmente - dei servizi pubblici efficienti, i nostri servizi.
Siamo interessati a discutere dei diversi ruoli da assegnare agli attori coinvolti nelle nuove relazioni industriali definite dal 626: l'impresa, il lavoratore, l'ente pubblico. Il problema è che uno dei tre **in** molte parti d'Italia non c'è proprio, in altre è molto debole.
Vogliamo discutere di priorità, nelle attività che svolgiamo, di standard (risorse, metodologie, formazione) che devono essere garantiti. Non vogliamo che ogni servizio vada per i fatti propri, siamo contro i piccoli o grandi feudi, con primari ormai vecchiotti e balzani. Vogliamo però che si discuta di obiettivi di salute, non di quantità di carta timbrata. Dei servizi normali, insomma, che fanno normalmente prevenzione, non sempre in emergenza. In alcune regioni - udite, udite - siamo già in numero sufficiente, in alcune zone probabilmente sarà meglio fare cose diverse e (ri)qualificare operatori e obiettivi, in molte di incominciare a fare.

## INTERNOS

*Devo onestamente ammettere che tutte queste manie per l' informatica* mi *hanno sempre lasciato un poco perplesso. Io sono assolutamente certo che l'uso del computer ha molto spesso allungato tempi di per* se stessi *già molto lunghi.*
*Tempo addietro avevo espresso le mie personalissime opinioni sul fax. Se ricordate raccontavo la mia sensazione che da qualche tempo nulla più poteva essere fatto o scritto senza che fosse passato alcune volte via fax da una parte all'altra della città o del paese. Un tempo, quando c'erano solo le lentissime poste italiane,* si *pensava e si faceva in rapida successione in quanto il solo supporre di far vedere a qualcuno cosa si stava trainando e avere così la sua approvazione e i suoi consigli via posta era assolutamente impensabile. Risultato del fax: tempi lunghissimi fra il dire e il fare.*
*Adesso una nuova mania: il pensiero e la sua elaborazione* via cavo. *Nel frattempo navigazioni interminabili con interminabili attese che al confronto l' attesa del* bus *per Ayacucho e una volta sopra l'interminabile snodarsi di curve, salite, vigogne e villaggi, distese di ciuffi d'erba e deserte montagne appaiono pochissima* cosa.
*Speriamo non prendano seriamente piede le riunioni in rete altrimenti siamo fritti. Nell' attesa che tutti siano presenti* passeranno *lustri.*
*Però, ecco, una cosa mi pare invece estremamente interessante: uno fa una pensata, scopre l'acqua calda, ha un miraggio e invece di mandare lettere agli intimi conoscenti o, peggio, a mezzo mondo, lascia un appunto in rete. Chi vuole lo legge, chi vuole Io copia, lo critica, lo affonda, Io esalta, lo incrementa. Via modificando l'idea diventa patrimonio collettivo e, se buona, i benefici relativi si allargano a macchia d'olio (o a macchia di leopardo?). Voi direte: che banalità, lo sanno tutti che è così, che cavolo ci vai raccontando, ci pari sceso adesso dalla montagna.*
*Avete ragione, vi chiedo umilmente scusa e smetto di tediarvi . Però una* cosa *fatemela ancora dire: un tempo ai convegni oppure alle feste, ma anche solo sul portello di casa, quando venivi beccato da qualche convenuto, o festaiolo o coinquilino appiccicoso e logorroico potevi avere la fortuna di venderlo a qualcun altro, o potevi rifugiarti al cesso o alla peggio accampavi un mal di testa. Adesso mi sa che te Io cleri tenere, oppure se vorrai liberartene dovrai contemporaneamente gettare soli, hard e quant'altro avrai acquistato a caro prezzo.*
*@i-rivederci*

**Giallolimone**



# PIANO, PIANISSIMO, STATE FERMI!

**Una lettera da una socialnonsocia emiliana**

Gentile Redazione,
io sono una "socia SNOP" atipica nel senso che mi sono solo limitata a destinare "quote di denaro" alla Società (non sempre con continuità) come simpatizzante, senza mai volere in tasca una tessera.
Devo dire che non ho creduto fino in fondo all'utilità di questa Società, perché, maliziosamente, la vedevo più come un contraltare alla più accreditata Società di Medicina del Lavoro; per alcuni operatori "Snoppini", che altrimenti non avrebbero potuto emergere, né mi sentivo rappresentata (professionalmente?) come operatrice. Devo ammettere che sono allergica e scettica, in generale, alle Società, ai Gruppi professionali, agli Albi, ecc...
Ho però seguito la storia SNOP; ho anche collaborato a qualche gruppo di lavoro e ho letto e leggo attentamente il giornalino che reputo molto interessante (un brava a Lalla! ! e a tutta la redazione), ben riuscito e anche molto utile. Questo giornalino mi permette ora alcune considerazioni "a voce alta" su:
cosa sta succedendo nei Servizi di Prevenzione? e in particolare in Emilia Romagna?
Lavoro dal 1971 al Servizio di Medicina del Lavoro di Modena; ad un operatore di base come inc, fuori cioè dai "giochi politico-istituzionali" riesce difficile capire fino in fondo cosa sta succedendo realmente, ma la sensazione forte è di assistere (incredula e amareggiata) a un susseguirsi vertiginoso di scelte e non scelte, nella mia Regione, che di fatto, a mio modesto parere, stanno svilendo e svuotando un patrimonio culturale (ma anche di risultati oggettivi e concreti dei servizi), mettendo gli operatori in una situazione di insicurezza, demotivazione, ecc...
E stata creata una sola AUSL provinciale, in effetti hanno dato vita a tante piccole USL in miniatura (distretti) con tanti mini manager che coltivano il proprio orticello. Sarà che sono curiosa ma non ho capito quali sono stati i veri criteri professionali e tecnici (e anche politici), di queste nomine? Alla faccia della trasparenza!!!
La parola d'ordine che detta legge è: risparmio, risparmio... e i Servizi della Prevenzione ne stanno pagando il fio maggiore. Bene, questo piccolo esercito di maxi e mini manager dà segnali sui Servizi della Prevenzione, a volte sprezzanti, a volte arroganti, con una marginalizzazione del settore sia dal punto di vista delle risorse che dell'organizzazione del lavoro.
Siccome avremo nel futuro poche risorse economiche, questi manager dovranno, a mio modesto parere, investire nelle risorse umane, se vogliono realizzare degli obiettivi; ma con queste premesse, se perseverano, penso non avranno futuro. Per questi servizi non si può andare al risparmio, alla ottimizzazione, alla riorganizzazione sì, ma non al risparmio. Arroganza del potere, rapporti sindacali difficilissimi, supponenza, culto dell'immagine... E clic è l'impero Berlusconi?? Questa difficoltà di rapporti, è anche (sic!) con quei manager che provengono dai nostri Servizi!
Chissà se in Emilia-Romagna, fra gli operatori, c'è ancora qualcuno appassionato dal dibattito del Dipartimento pesante o leggero?"??
"La libertà di inventare e provare soluzioni organizzative e originali nelle varie AUSL" della mia Regione, per i Dipartimenti (pur nel rispetto dei cardini sanciti dalla Regione!) (leggi Giovanardi). (tradotto ognuno può fare quello che gli pare), rischia a mio parere di squilibrare [e varie realtà e di rendere ancora più disomogeneo l'intervento istituzionale.
In questo momento non possiamo avere le certezze del passato, e di questo ne siamo tutti ben consapevoli!! Ma di certo l'autorevolezza e il coordinamento della Regione si è fortemente ridotto e, a me pare, chiara e netta la consapevolezza che politicamente molte cose sono cambiate e stanno cambiando in senso negativo.
Davvero per "equilibrare le varie Regioni d'Italia" sui problemi della sicurezza sul lavoro, si gioca al ribasso impoverendo i Servizi dove c'erano??
Davvero con il motto "piano, pianissimo, state fermi" con la vigilanza, fate soprattutto informazione e formazione, risolveremo il problema infortunistico e la sicurezza e igiene del lavoro nelle aziende in Italia? E i lavoratori cosa ne pensano?
Tagliare la spesa (per noi vuol dire i Servizi), economicità, privatizzazione, scelte di capitali misti pubblico/privato sono la carta vincente del futuro dei nostri Servizi? E la strada che dobbiamo nolenti o volenti percorrere?
Voglio aggiungere che il disagio e le ansie non sono solo naie, ma anche di tanti altri colleghi che per anni si sono adoperati e hanno profuso nel loro lavoro, anche energie personali che esulavano dal posto stesso che ricoprivano.
E allora? Che fare? Seguiamo solo i nostri destini personali, aspettando la pensione (sic!) o "si salvi chi può", o "riprendiamo caparbiamente il significato della prevenzione dei nostri Servizi e del nostro fare professionale?" E come?
Cosa ne pensano i soci SNOP? E gli "ottimi emilianiromagnoli?
Cordialmente vi saluto e un buona fortuna a tutti!!

**Noris Maletti**
Operatore Frolle Dirigente
Vigilanza e Ispezione
AUSL distretto 3 Modena
Medicina del Lavoro
Via Canaletto, I5 - Modena

Modena, settembre 1995

# SINDROME ARDYSTIL IN TUNISIA

## Riceviamo dal Ministero degli affari sociali tunisino

**Monsieur,**
Nous avons cu connaissance à travers l'article du Dr. Gilhert Lafue, "Une mystérieuse maladie professionnelle: le syndrome "Ardysti1" que vous avez publié un article dans votre revue SNOP de mars 1994, sur la question.
Une référence à de cas similiaires signalés dans de petites cntrcprises dans le nord de laTunisie a attiré nutre attcntion. L'Institut de Santé et de Sécurité au Travail n'a pas été intormé de ces cas et, dans le cadre de nutre activité d'organisme chargé de la prévention du risque professionnel en Tunisie nous avons contacté les centres (le surveillance médicale du travail de ces régions. Aucune référence n'a été faite à des fibroses pulmonaires ou insuffisances respiratoires d'origine toxique dans le secteur textile couvert par nos médecins.
Nous craignons que des cas aussi graves puissent échappcr à notre connaissance et que les victimes ne bénéficient pas de la prévention et de la réparation auxquelles elles ont droit.
Aussi, nous vous saurions gré nous adresser les informations dont vous disposez et leurs sources pour que des actions efficaces puissent étre mises en marche dans les plus brefs délais.
Toute documentation complémentaire que vous jugerez pertinente sera la bienvenue.
Dans l'attente de votre réponse, veuillez agréer, Monsieur, nos salutations distinguées.

Tunis, le 1317195

**Pr. Raouf Benammar**
Directeur Général de L'Institut de
Santé et de Sécurité au Travail
Ministere dcs Affaires Socialcs
Institut de Sante ct dc Sccuritc au Travail
REPUBLIQUE TUNISIENNE
Av. Mustapha Khaznadar
1006 - Ennajah
Tunis - Tunisie
Tél 561 - 636

CONTRIBUTI

# FORMAZIONE

*Il Decreto Legislativo 626 è come l'invasione degli ultracorpi. Te lo ritrovi dappertutto, ingloba e coinvolge tutto: tutti gli aspetti della produzione (materiale o immateriale) e tutti gli umani che a questa produzione partecipano.*
*I nostri servizi non ne sono immuni.*
*L'informazione e la formazione fanno parte dell'invasione, fare formazione per il 626 non è un 'operazione meccanica, staccata da un processo più complessivo.*
*Fare un corsetto o un corsone, controllare frequenza e apprendimento dei partecipanti e voilà l'obbligo è assolto?*
*Come si diceva: è inutile insegnare ai lavoratori addetti ai VDT a regolarsi le veneziane se l'ufficio acquisti continua a comprare le tende a pannelli verticali.*
*Oppure è possibile insegnare modalità corrette di movimentazione di pazienti che richiedono abbigliamenti comodi (in pratica pantaloni per tutti) se poi vengono comprati solo camici vecchio stile?*
*Bisogna individuare il tipo di informazione e. formazione che è necessario dare ai vari gruppi in rapporto ai rischi cui sono esposti ma anche in rapporto al ruolo che svolgono in azienda.*
*Le risorse non sono infinite e le occasioni non possono essere sprecate.*
*In ogni organizzazione aziendale vi sono figure (e persone) che incidono più di altre. Chi programma la formazione conosce quali figure incidono sulle scelte?*
*Il lavoratore è difficilmente libero di autodeterminarsi nei comportamenti e nelle scelte.*
*Una grande azienda di informatica ha iniziato nel 1989 un programma di controlli sanitari e di formazione per gli addetti a VDT: la soluzione efficace è ad esempio risultata di 3 pacchetti formativi differenziati rispettivamente di un'ora per gli utilizzatori, di mezza giornata per i capi-reparto e di una giornata per addetti agli acquisti e all'installazione di postazione a VDT.*
*La formazione che cala dall'alto indiscriminatamente su tutti allo stesso modo non funziona.*
*Quale ruolo allora dei servizi di prevenzione?*
*Su questi temi iniziamo con i contributi di Attilio Pagano e di Emilio Volturo.*

# RIFLESSIONI

di Affilio Pagano

La formazione è una attività finalizzata a favorire processi di apprendimento degli adulti. E ormai generalmente accettato che con la formazione si dovrebbero dare risposte a bisogni di apprendimento nelle aree cognitiva (il "sapere"), operativa (il "saper fare") e comportamentale (il "saper essere"). Per ognuna di queste aree vanno attuate particolari attività didattico-formative e di verifica dell'apprendimento e del cambiamento.

Non esiste una ricetta di bilanciamento delle attività dedicate prevalentemente alle diverse aree di apprendimento che sia universalmente valida. Nel considerare quale peso relativo dare alle diverse aree del sapere, la progettazione, l'attuazione e la verifica dei programmi di formazione devono tenere conto delle finalità generali dell'apprendimento (gli "scopi") e delle caratteristiche dell'utenza (i partecipanti). Il D. Lgs. 6262194, come noto, stabilendo l' obbligo di formazione dei lavoratori su salute e sicurezza, indica tre tipologie di utenza: i lavoratori tutti; i lavoratori addetti alle attività di pronto soccorso, antincendio cd evacuazione; i rappresentanti dei lavoratori perla sicurezza.

**I lavoratori**

Uno degli obiettivi principali (e forse proprio il principale) della formazione dei lavoratori **in** tema di salute e sicurezza è la promozione del cambiamento dei comportamenti individuali e collettivi. Per questa ragione un programma di formazione dei lavoratori non dovrebbe mai limitarsi alla comunicazione di conoscenze, ma anche agire sull 'assunzione di valori e di disposizioni mentali e attitudinali. Un simile processo può essere frenato da aspetti organizzativi e relazionali presenti nell'azienda. Anche la formazione dei lavoratori su salute e sicurezza rientra così nell 'orientamento auspicato delle imprese o enti alla valorizzazione delle risorse umane. Orientamento da noi auspicato, ma anche reso necessario se si considera l'affermarsi del concetto di `qualità' del prodotto e del processo come condizioni delle scelte manageriali. Scelte che spesso sono supportate proprio da procedure di autocontrollo e di adattamento *just in time* della produzione. Questa tendenza alla qualità si basa fortemente sulla partecipazione attiva dei lavoratori a cui, sempre più spesso, vengono chieste nuove prestazioni cognitivo-decisionali al posto delle tradizionali prestazioni mansionate.

Non si creda che questa sia una criticità pertinente al solo settore industriale e, tantomeno, alla sola grande impresa di carattere industriale. Qualità, processi di ridefinizione dei modelli di organizzazione del lavoro, sviluppo del le risorse umane sono l'orizzonte entro cui si deve muovere la formazione dei lavoratori su salute e sicurezza anche nei settori dei servizi alle imprese e alle persone e nella pubblica amministrazione.

La formazione di ciascun lavoratore in tema di salute e sicurezza deve, dunque, essere parte integrante di una *"strategia aziendale per la prevenzione soggettiva"* che comprenda anche l'individuazione di eventuali ostacoli organizzativo-relazionali al cambiamento. Questa strategia può caratterizzarsi almeno per questi aspetti:

a) conoscenza e gestione delle dinamiche plico-relazionali che possono costituire un freno al cambiamento;
b) per gli aspetti che coinvolgono anche i dirigenti e i preposti, organizzazione di percorsi di formazione alla formazione per salute e sicurezza (intendendo i dirigenti e i preposti soprattutto come "attuatori" di formazione informale).

Per quanto riguarda la formazione formale dei lavoratori, sarà importante tenere in considerazione alcuni aspetti per ognuna delle tre specifiche aree di apprendimento, ad esempio:

- *Nell'area del sapere,* vanno sviluppate le conoscenze su:
  - doveri e diritti di legge e contratto, nonché sistema aziendale di controllo e sanzioni;
  - rischi generali d' impresa vs. posto di lavoro
  - caratteristiche e sistema d'azione degli agenti chimici, fisici e biologici eventualmente presenti nel posto di lavoro o collegati alla mansione.
- *Nell'area del saper fare,* va progettato:
  - addestramento all'uso in sicurezza di attrezzature e DP1;
  - sviluppo delle capacità di riduzione dell' esposizione ai rischi nelle situazioni di emergenza e nello spazio di autonomia organizzativa del posto di lavoro o della mansione.
- *Nell'area del saper essere,* vanno sviluppati:
  - atteggiamenti di autostima in riferimento alla tutela della salute e sicurezza;
  - atteggiamenti collaborativi e partecipativi per la prevenzione.

**I lavoratori addetti ai servizi di emergenza (pronto soccorso, lotta antincendio, evacuazione)**

In questo caso si potrebbe essere indotti a ritenere che la formazione per le specifiche funzioni attribuite a questi lavoratori possa sostanzialmente concentrarsi nell'area del "saper fare". **In** realtà, l'esperienza insegna che nella gestione delle emergenze, si "sa fare" quando si hanno anche conoscenze (ad esempio fondamenti di fisiologia umana per gli addetti al pronto soccorso o di chimica-fisica per quelli addetti alla lotta antincendio) equando si "sa essere" (ad esempio nelle situazioni che generano un forte coinvolgimento o stress emotivo.- Andare a vedere Apollo 13, per intenderci, n.d.r.).

A seconda delle attività di emergenza, la formazione dovrebbe:

- *nell'area del sapere:* offrire opportunità di apprendimento, e corrispondenti verifiche, sulla disponibilità di conoscenze di base in tema di fisiologia umana e di caratteristiche chimico-fisiche dei processi di incendio ed esplosione, con specifico riferimento alle caratteristiche strutturali, impiantistiche e materiali degli ambienti di lavoro e alle sostanze impiegate nei processi o conservate **in** deposito;
- *nell 'area del saper fare:* assicurare esercitazioni pratiche e simulazioni, anche **in** relazione alla gestione e manutenzione delle attrezzature e dei dispositivi di emergenza (ad esempio, verifica periodica degli estintori, aggiornamento delle dotazioni per il pronto soccorso, controllo delle vie di fuga e delle uscite d'emergenza);
- *nell'area del saper essere:* sviluppare sensibilità e comportamenti positivi nei confronti di forti stress emotivi individuali e collettivi (rapporto col dolore, ansia, paura ecc.).

**I rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza (RLS)**

Per l'esercizio della rappresentanza è necessario sviluppare conoscenze, capacità e attitudini. Il RLS non può essere imma-

ginato come un "piccolo ingegnere" o un "piccolo medico del lavoro". Infatti, ad esso non spetta il compito di indicare le soluzioni, ma semmai di porre le *domande giuste* e di sapere interagire con i lavoratori e con gli altri componenti il sistema aziendale di prevenzione nella ricerca delle risposte.

Rileggiamo integralmente il comma 4 dell' art. 22: *"Il rappresentante perla sicurezza ha diritto ad una formazione particolare in materia di salute e sicurezza, concernente la normativa in materia di sicurezza e salute e i rischi specifici esistenti nel proprio ambito di rappresentanza, tale da assicurargli adeguate nozioni sulle principali tecniche di controllo e prevenzione dei rischi stessi".*

Il termine *"nozioni sulle principali tecniche"* non dovrebbe essere riferito esclusivamente agli aspetti tecnologici, in quanto la prevenzione e il controllo dei rischi vanno effettuati anche con interventi procedurali e organizzativi di cui il rappresentante deve avere un sufficiente grado di consapevolezza. Oltre a ciò è importante che anche gli aspetti comunicativi, relazionali c di orientamento positivo alla soluzione dei problemi, divengano oggetto della formazione particolare del rappresentante.

Per proporre dei criteri di progettazione di interventi formativi per i RLS, può essere utile innanzitutto individuare gli obiettivi di apprendimento che si ritengono necessari allo svolgimento delle loro funzioni. Queste funzioni sono stabilite in diversi passaggi del D. Lgs. 626, e in particolare nel comma 1 dell'art. 19 che, tra le altre, indica le seguenti:

- accesso ai luoghi (let. a);
- ricevere informazioni (lett. e, f, g);
- consultazione sulle attività di valutazione dei rischi e programmazione delle misure di prevenzione (let. b);
- consultazione sulle designazioni del datore di lavoro (let. c);
- partecipazione alla riunione periodica (let. l);
- promozione e proposta delle misure di prevenzione (lett. h, m);
- ricorso all'autorità competente (lett. o).

La notevole varietà di funzioni implica lo sviluppo di una corrispondente articolazione di apprendimenti da parte dei RLS.

*Nell'area delle conoscenze,* si possono individuare esigenze di apprendimento con riferimento al temi:

- rischi generali dell'impresa e potenziali danni alla salute;
- metodologie di valutazione di rischi;
- legislazione, norme tecniche e contratti di lavoro;
- sviluppo dell'intervento sindacale in tema di salute c sicurezza;
- soggetti coinvolti nel sistema aziendale di prevenzione e relativi compiti;
- accesso e uso delle risorse informative;
- dimensione del fenomeno infortuni e malattie professionali e delle sue corrispondenze in termini di costi umani ed economici.

*Nell'area delle capacità,* si possono distinguere obiettivi di apprendimento relativi allo svolgimento di funzioni sufficientemente proceduralizzabili, da obiettivi relativi allo svolgimento di funzioni che presentano problemi la cui soluzione comporta un approccio non predefinito. Pensiamo, come esempio dei primi , che il RLS dovrà acquisire la capacità di effettuare un controllo formale su una serie di obblighi dell'impresa come:

- controllo della produzione documentale in materia di salute e sicurezza;
- controllo della designazione di responsabili e componenti dei servizi di prevenzione e di emergenza;
- controllo della effettuazione della sorveglianza sanitaria periodica ecc.

In questi casi il controllo può essere fatto se il RLS avrà la capacità di confrontare le prestazioni reali dell'impresa con modelli di riferimento come apposite liste di controllo. Si tratta di una abilità sostanzialmente proceduralizzabile che, comunque, si differenzia dalle conoscenze relative alle norme che stabiliscono gli obblighi del datore di lavoro e i diritti del RLS, e dunque chiama in causa obiettivi di apprendimento non solo conoscitivi, ma anche esercitativi ed esperenziali.

Per altre funzioni del RLS, lo sviluppo delle relative capacità non può realizzarsi con la esercitazione dell'applicazione di procedure predefinite, ma comporta momenti di scelta e decisione tra una pluralità di soluzioni possibili (approccioeuristico). Si tratta in altre parole di portare il RLS a saper scegliere la soluzione migliore tra diverse possibili, non applicando una procedura predeterminata, ma, al contrario, applicando un metodo, un criterio guida. Tra queste funzioni possiamo richiamare, come esempio:

- il riconoscimento e la gerarchizzazione dei rischi;
- la richiesta di protocolli di sorveglianza sanitaria mirata;
- la elaborazione nella riunione periodica del programma di informazione ai lavoratori.

*Nell'area dei comportamenti,* il RLS presenta bisogni di apprendimento relativamente all'atteggiamento relazionale con gli altri soggetti del sistema di prevenzione che dovrebbe essere aperto e orientato alla soluzione dei problemi. Bisogna, infatti, realisticamente pensare che il RLS verrà nella gran parte dei casi da una storia di azione sindacale caratterizzata da un approccio di tipo conflittuale/contrattuale. Vi è quindi l'esigenza di dare opportunità per la messa in discussione del senso delle rappresentanze per salute e sicurezza da parte delle singole persone a partire da una introiezione dell'evoluzione del sistema prevenzionale da oggettivo e basato su

norme "comanda e controlla", a un sistema misto oggettivo-soggettivo basato anche sulla consapevole responsabilizzazione dei diversi soggetti. Sempre nell'area dei comportamenti vi sono poi altri temi, quali lo sviluppo di atteggiamenti di ascolto e sensibilizzazione nei confronti della percezione di rischi da parte dei singoli lavoratori.

Va, infine, ricordato che la progettazione della formazione del RLS è un'attività che dovrà essere svolta in conformità alla soluzione del negoziato tra associazioni dei datori di lavoro e (lei lavoratori . A seconda dei diversi settori di attività (industria, piccola impresa, artigianato, servizi ecc.), si potranno avere soluzioni diverse nella scelta del livello (nazionale, regionale o territoriale) dell'organismo bilaterale incaricato di effettuare tale progettazione.

Nel confronto con la Confindustria, che costituisce un punto di riferimento importante anche per altri tavoli negoziali, si è convenuto (accordo interconfederale del 22 giugno 1995) sull 'opportunità di ricondurre l ' attività formativa in questione nell ' ambito delle funzioni attribuite alt ' Organismo Bilaterale per la formazione professionale (precedente accordo interconfederale del 3I/1/1995) che essendo articolato nei livelli nazionale e regionale può offrire la migliore combinazione delle esigenze di omogeneità e di adattamento alle diverse realtà territoriali, elaborando specifiche linee guida condivise dalle parti. La contrattazione a livello di Contratto nazionale di lavoro potrà integrare e adattare queste linee guida con riferimento alle specificità dei diversi settori. In ogni caso, nessuna proposta di progettazione della formazione dei RLS elaborata da una delle parti in causa e non oggetto di una specifica contrattazione può essere considerata corrispondente all'assolvimento degli obblighi di cui agli artt. 18 e 22 del D. Lgs. 626/94.

**Il ruolo degli operatori dei servizi pubblici di prevenzione e vigilanza**

Gli operatori pubblici non sono coinvolti direttamente dalla legge nella progettazione e attuazione della formazione per le diverse tipologie di lavoratori previste dal decreto 626. Tuttavia, è probabile ed auspicabile che vi vengano coinvolti dalle relazioni tra le parti sociali come una, forse la più significativa, delle fonti di conoscenze disponibili per la realizzazione degli interventi formativi ,in particolare degli RLS. Va anche considerato che il campo di attività di questi operatori in materia di formazione può spaziare dalle funzioni di docenza a quelle di vigilanza sulla formazione. E quest'ultimo un terreno piuttosto delicato.

Che vi debba essere un compito di vigilanza anche sulla formazione sembra acquisito dal fatto che la formazione stessa si configura nel D. Lgs .626 come un obbligo del datore di lavoro la cui inadempienza è sanzionata indipendentemente dal fatto che causi o meno conseguenze negative (per questa ragione possiamo intendere la formazione come un *istituto relazionale,* vedi Dossier Ambiente n. 28). Che poi la funzione di vigilanza possa realizzarsi attraverso un giudizio di adeguatezza degli eventuali interventi formativi attuati, o addirittura produ[r]re delle dettagliate prescrizioni per successivi interventi sembra probabilmente improponibile. In sintesi si può dire che la vigilanza sulla formazione, oltre allo svolgimento del controllo sull'adeguamento degli obblighi sulla base dei riscontri documentali, non potrà esprimere un giudizio di adeguatezza o efficacia, perché esso presuppone metodologie di *evaluation* che esulano dalle possibilità concrete degli operatori dei servizi stessi. Tuttavia è possibile che, attraverso l'analisi e il confronto con linee guida per la progettazione della formazione, i servizi di prevenzione e vigilanza possano almeno riconoscere se le iniziative attuate dalle imprese sono evidentemente inadeguate a perseguire le diverse tipologie di obiettivi di apprendimento.

**Iniziative in corso a sostegno della formazione**

Diverse sono le iniziative che in questi mesi sono state prese da più parti per sostenere le attività di formazione dei lavoratori e dei loro rappresentanti in materia di salute e sicurezza. Il sindacato in Lombardia si è particolarmente impegnato nella pubblicazione di materiale informativo e di sostegno alla operatività dei **RLS';**

- il quaderno "La prevenzione attiva" pubblicato come supplemento a "Note", il periodico di Cgil Cisl Uil della Lombardia, che illustra e commenta il decreto 626 **in** modo piacevole ed accessibile, ha visto esaurite la prima edizione e la prima ristampa. La seconda ristampa è già stata programmata per far fronte alla grande richiesta;
- il fascicolo "Vademecum per l'elezione ed i primi cento giorni del rappresentante dei lavoratori per la sicurezza", edito da Ediesse con la prefazione di Sergio Cofferati;
- il manuale per il Rappresentante dei lavoratori per la sicurezza, articolato in un volume di carattere generale ed in diversi fascicoli settoriali (al momento ne sono stati preparati 13 [2]), realizzato da Cgil Cisl Uil della Lombardia in collaborazione con SNOP Lombardia di imminente pubblicazione.

Sul piano più propriamente formativo, le attività attualmente si orientano alla formazione dei formatori e dei dirigenti sindacali che, facendo parte dei diversi organismi bilaterali costituiti o **in** via di costituzione ai sensi dell 'articolo 20 del decreto 626, opereranno nella progettazione ed organizzazione degli interventi formativi.

**Note**

1 .Per maggiori informazioni su questi materiali, Cgil Lombardia fax 02/2480944.

2. Raccolta *e* smaltimento dei rifiuti solidi urbani, terziario impiegatizio, metalmeccanica, grafica, tessile, trasporti, industria alimentare, legno, commercio e grande distribuzione, sanità, operatori cimiteriali, imprese di pulizie, vigili urbani.

# FORMAZIONE
# QUALCHE APPUNTO PER COMINCIARE A PARLARNE

di Enfio Volturo

Il 626 è una legge complessa, e questa sua complessità è al tempo stesso il suo punto di maggior debolezza e di maggior forza. Maggior debolezza perché tra le pieghe della complessità si creano con facilità nicchie di evasione e di "sottoapplicazione". Maggior forza perché - se si riesce a rispettare tutta questa fertile complessità, evitando improbabili operazioni "riduzion istiche" - il 626 può realmente indurre un salto qualitativo nello stato della prevenzione nel nostro paese.

Tanta complessità richiede, innanzitutto, diverse successive letture, inforcando, ad ogni lettura, un diverso paio di occhiali. Ne occor[ono, di queste letture, almeno 4: una per oggetti, verticale, analizza i contenuti di ogni singolo titolo, e riguarda prevalentemente i titoli da 2 a 8; una *per soggetti,* orizzontale, analizza le figure, nuove o rivisitate, chiamate in causa a vario titolo dal 626; una *per concetti,* anche questa orizzontale, segue il percorso attraverso l'intera legge di alcune parole chiave fondamentali: valutazione, misure - top - eli prevenzione, informazione, formazione... e una *per progetti,* sia verticale che orizzontale, con la quale finalmente ogni singolo lettore potrà personalizzare il 626 alla propria specifica realtà ed ai propri specifici progetti (un' impresa, un comparto produttivo, un piano locale di prevenzione).

La lettura per soggetti e quella per concetti, che ritengo particolarmente interessanti, mi hanno ispirato una metafora che a mio avviso ben rappresenta il vero nocciolo del 626: una sorta di "motore" costituito da due triangoli in armonica e contestuale rotazione (il "triangolo delle competenze" cd il "triangolo delle decisioni"), alimentato da un carburante composto da una miscela di formazione e informazione. Il triangolo delle competenze è costituito dal responsabile del servizio di prevenzione e protezione, dal medico competente, dal rappresentante dei lavoratori per la sicurezza. Il triangolo delle decisioni è composto invece dal datore di lavoro, dal dirigente e dal preposto. Quanto al carburante, un primo riscontro del peso specifico delle parole chiave formazione e informazione è già evidenziato da una grossolana analisi quantitativa sulla loro occorrenza all'interno della legge (v. fig. 1 e 2).

Uscendo dalla metafora, sono fermamente convinto che una condizione assolutamente necessaria perché il 626 "funzioni" è che tutte le figure chiamate in causa (e altre ve ne sono - per esempio gli operatori dei Servizi territoriali delle USSL - al di fuori dei due triangoli) sappiano far bene il loro lavoro, interpretino correttamente il loro ruolo, conoscano con esattezza il ruolo di tutti gli interlocutori ed entrino correttamente in rapporto con essi. E per questo che insisto tanto sulla necessità di restituire tutto il loro valore e significato, all'interno della legge, alle strategie informative e formative. Vorrei qui proporre alcune riflessioni sulla formazione, rimandando ad altra occasione quelle, altrettanto importanti, sulla informazione.

Formazione e 626 rappresentano, oggi, un binomio inscindibile: chi vuole favorire una corretta ed utile applicazione del 626 non può non considerarne a fondo gli aspetti formativi; chi vuole affrontare correttamente il problema della formazione non può non considerare il 626, che in questo campo apre enormi spazi ma contiene anche alcuni rischi.

I **rischi**

- l° rischio: una sostanziale evasione del- l"`obbligo formativo". Non dimentichiamo, ad esempio, la sorte ingloriosa di quel passaggio dell'articolo 4 dei DPR 303156 e 547155 in cui si affermava che i lavoratori "devono essere edotti sui rischi..." eccetera eccetera, che ha generato una intensa produzione di posters **in** lamierino destinati ad essere imbullonati all'interno dei reparti...

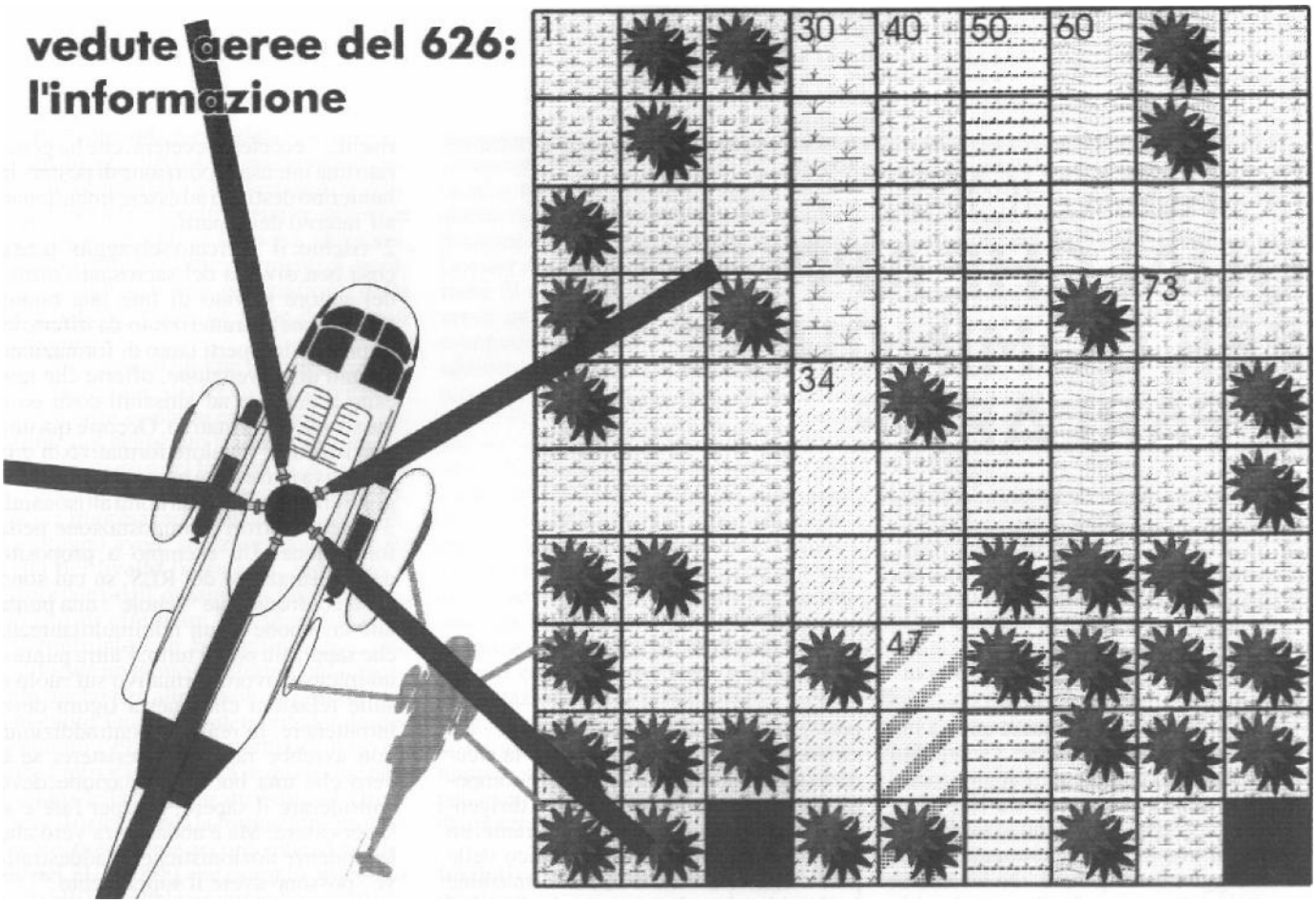
  2° rischio: il "mercato selvaggio" (che è cosa ben diversa del sacrosanto diritto del settore privato di fare una buona formazione) caratterizzato da offerte di improbabili esperti tanto di formazione quanto di prevenzione, offerte che non esito a definire ad altissimi costi ed a basso valore formativo. Occorre qui una precisazione: il valore formativo di una iniziativa può essere basso anche se vengono chiamati in causa nomi altisonanti.

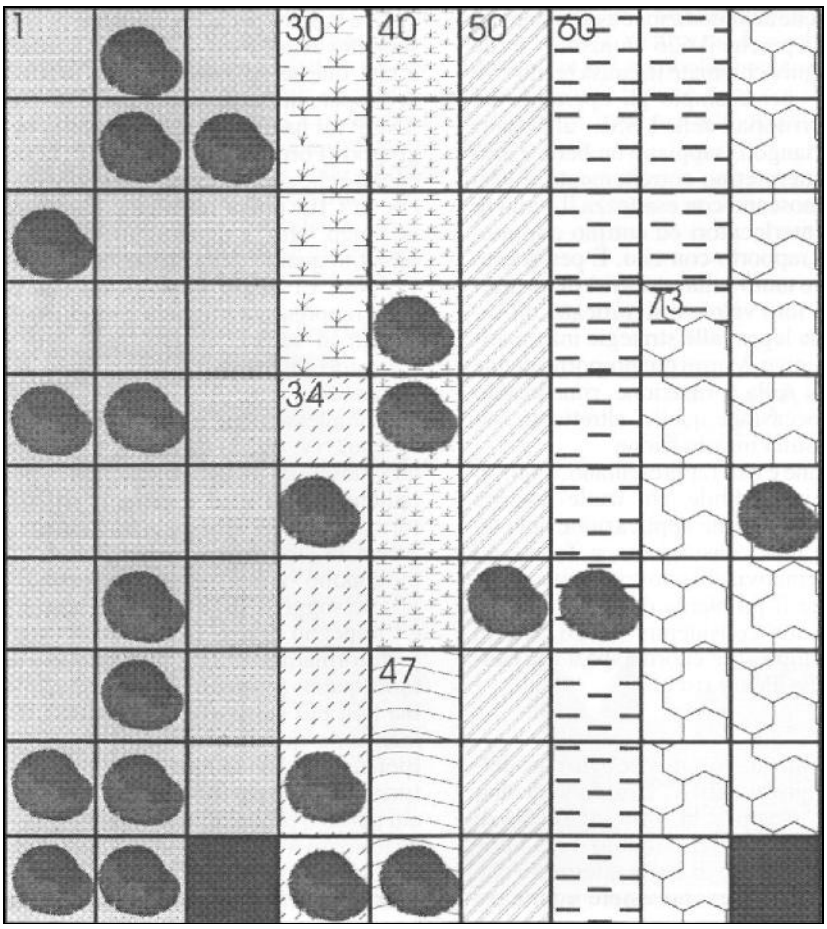
  3° rischio: errori di impostazione nella formazione. Un esempio a proposito della formazione del RLS, su cui sono già a confronto due "scuole": una punta alla creazione di un minimultilaureato che sappia un po' di tutto; l'altra punta a un intenso lavoro formativo sul ruolo e sulle relazioni che questa figura deve intrattenere. In realtà la contraddizione non avrebbe ragione di esistere, se è vero che una buona formazione deve considerare il sapere, il saper fare e il saper essere. Ma è abbastanza vero che le tendenze nozionistiche o "addestrative" possono avere il sopravvento.

**Riflessioni in positivo**

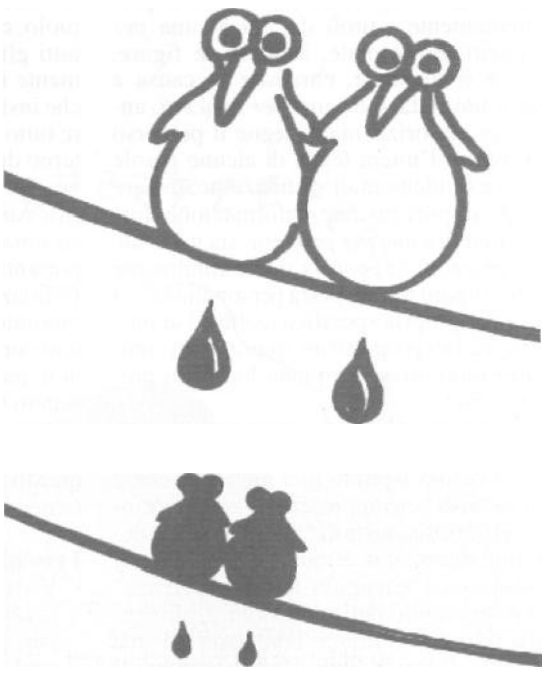
- Prima di tutto una precisazione: i numerosi riferimenti alla Consulta Interassoci ati va Italiana per la Prevenzione (CIIP) sono dovuti a 2 motivi. Il primo, banale, è che queste riflessioni le ho proprio sviluppate in funzione del mandato che SNOP mi ha dato di rappresentarla nel gruppo "Formazione" della CI1P; la seconda è che sono sinceramente convinto che la CIIP possa realmente diventare un luogo "alto" e riconosciuto tanto del dibattito quanto della proposta formativa. Non va infatti dimenticato che la CIIP rappresenta migliaia e migliaia di addetti ai lavori, ovvero quasi tutti i formatori disponibili e buona parte dei formandi,
- La complessità dell'approccio formativo è tale (v, fig. 3) da imporre un salto qualitativo: da iniziative settoriali e sporadiche ad un vero e proprio sistema formativo, in cui ogni soggetto formatore faccia la sua parte - senza pretese di monopolio - e sappia integrarsi con tutti gli altri soggetti. **In** altri termini: la scelta e l'impegno di uno o più singoli "soggetti formatori" di fare formazione e di farne quanta più poss ib i leèencomiabile ma non più sufficiente. E la stessa dimensione quantitativa della domanda (potenziale) che fa nascere la necessità (prima di tutto per limitare quei rischi di cui parlavo prima) di una "contrattazione formati va" in cui si stabiliscano criteri minimi di accettabilità a cui la maggior parte dei soggetti formatori accetti

## vedute aeree del 626: l'informazione




## vedute aeree del 626: la formazione



di fare riferimento (in altri tempi avrei detto "in cui si stabiliscano le regole". ma ormai l'espressione è pressoché impronunciabile ...).
La CIIP può assumere il ruolo fondamentale di armonizzazione del sistema formativo, puntando a ottenere un risultato complessivo che sia superiore alla somma aritmetica delle singole parti.

Da qui le proposte (da esaminare e, soprattutto. selezionare: non sembra infatti realistico perseguirle tutte contemporaneamente). Richiamando una precisazione fatta sopra, vorrei precisare che un elemento fondamentale del dibattito deve essere la ricerca di un equilibrio tra le azioni proprie della SNOP e le azioni da affidare alla Consulta in prima persona. In tal senso è assolutamente necessario creare al più presto un gruppo permanente "formazione" in seno alla SNOP (come a tutte le altre associazioni)

**Le proposte**

1. Creazione di un osservatorio nazionale "626 & formazione".
   Qualcuno, in una recente discussione in direttivo nazionale, ha sostenuto che di osservatori ce ne sono già troppi. Non sono del tutto d'accordo. In realtà va inventato un osservatorio diverso dagli altri, che sappia raccogliere le esperienze restituendo dati, valutazioni, proposte
2. Audit formativo. È possibile recuperare in termini formativi la ormai consolidata esperienza in materia di ccoaudit, chiamando i "soggetti formatori" ad una volontaria verifica dei propri metodi, dei propri risultati al fine di ottenere una sorta di "validazione" (non una autorizzazione né una certificazione)? E certamente un problema complesso, cui non sarà possibile dare risposte a breve termine, ma sembra giunto il momento di approfondire la questione.
3. Sperimentazione circoscritta (moduli centrati sui destinatari: imprenditori, lavoratori, responsabili aziendali prevenzione, medici competenti, operatori dei Servizi pubblici ...).
   Dal punto di vista del ruolo proprio della consulta eli produttore di iniziative formative, va innanzitutto detto che questo andrebbe ridotto per quanto possibilo, per la condivisibile scelta generale della CIIP di non interferire in alcun modo con le scelte specifiche - in questo come in altri campi - delle singole associazioni. Vi è, tuttavia, un campo in cui la sperimentazione sarebbe non solo accettabile, ma anche auspicabile. Siamo nel campo della formazione dei formatori di associazione. Richiamando quanto detto al punto I , che dovrebbe valere ,ovviamente ,per tutte le associazioni, dovremmo trovarci di fronte a un nucleo di operatori-referenti per la formazione in ogni associazione. Questi operatori non potrebbero in alcun modo occuparsi di formazione senza una formazione di una pratica formativa diretta. La CIIP è la più adatta a svolgere questo compito, in perfetta armonia con le sue scelte deontologiche generali nei rapporti con le associazioni. Si è, recentemente, individuato anche un potenziale punto di partenza: la formazione giuridica dei formatori di associazione, particolarmente perché, come è noto, il CSM non consente, se non su specifiche richieste, che i Magistrati esercitino attività extra-giudizia-

**La rete formativa (potenziale) per la prevenzione nei luoghi di lavoro dopo il Decreto Legislativo 626**

| I **destinatari** | **I soggetti** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Sindacato | Impresa | Enti Bilaterali | Istituzione | | Associazioni Scientifiche e tecniche | Servizi Privati |
| | | | | Regione | Ussl | | |
| Imprenditori/dirigenti | | *** | | | ** | | |
| Installatori | | 5 | | | *** | | *** |
| Resp.loperatori dei servizi di protezione e sicurezza | | *** | | | *** | *** | *** |
| Formatori aziendali | | *** | | | | | |
| Lavoratori | *** | *** | *** | | *** | | |
| Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza | *** | *** | *** | | *** | | |
| Quadri sindacali | *** | | | | * | | |
| Formatori sindacali | *** | | | | * | | |
| Medici competenti | | | | * | *** | *** *** | *** *** |
| Operatori servizi pubblici | | 7 | | *** | *** | | |

**Legenda:** Impegno formativo diretto
* relativo
** medio
*** alto

Impegno formativo indiretto ("contrattazione formativa" su obiettivi didattici, contenuti, metodi)
*77* relativo
medio
alto

rie. Una "specifica richiesta" potrebbe essere proprio la progettazione-realizzazione (da parte di alcuni magistrati) una tantum, come investimento ad altissimo valore aggiunto, di un corso intensivo sugli aspetti giuridici del 626 per 2-3 operatori per associazione che potrebbero, in futuro, curare questo aspetto nelle iniziative formative di associazione con un'impostazione omogenea.

4. Coordinamento delle azioni formative delle singole associazioni (metodi, tempi, luoghi, destinatari). La proposta è semplicemente finalizzata a razionalizzare gli interventi formativi evitando troppo vuoti e troppo pieni (soprattutto, per partire, di contenuti e di calendari).
5. Azioni orientate alla nascita di scuole pubbliche di formazione e centro di documentazione (che ritengo intimamente connesse fra loro) a livello regionale (ndr)?.
6. Azione sulle parti sociali (imprenditori e sindacato) ed"autocandidatura" della CLIP come luogo di incontro "naturale" sulle questioni formative (con particolare riferimento alla formazione "coogestita" - enti bilaterali).
7. Riaffermazione, e conseguenti iniziative concrete, del ruolo delle USSL di "case comuni della prevenzione" in cui tutte le parti in causa, nessuna esclusa, possano trovare sostegno al proprio ruolo ed alla propria azione preventiva. Una parte rilevante di questa casa comune dovrebbe essere proprio la capacità/proposta formativa. Come nota a margine, ricordo come tale scelta non sia affatto incompatibile (anzi!) con le tendenze "aziendalistiche".
8. Azione sugli aspetti formativi della normativa"in arrivo" (decreti attuativi; recepimento di nuove direttive; curricula universitari; programmi degli altri livelli scolastici)
9. Europeizzazione ed internazionalizzazione del problema: riconoscere il ruolo del binomio informazione/formazione e non sforzarsi di "mettersi in rete" (al di là di ogni moda "internettistica") pare un evidente controsenso.
10. Creazione di un gruppo formazione all'interno di ogni associazione, che garantisca, fra l'altro, una presenza costante ed attiva ai lavori del gruppo formazione della CIIP.

Per concludere, segnalo qualche punto critico (certo che molti alt'i ne emergeranno nel corso del dibattito):

- le risorse umane;
- la capacità di elaborare un metodo, o quantomeno lineamenti metodologici per così dire "unitari";
- il livello di adesione delle singole associazioni aderenti alla CIIP a questo ambizioso progetto.

INIZIATIVE SNOP

# PIEVE DI CENTO
# UNO STORICO CONVEGNO

Certamente sarebbe stato meglio che ISPESL mandasse gli inviti per tempo e in tutti i servizi; ma sarebbe stato anche simpatico che sul territorio i "massimi dirigenti" comunicassero ai peones questa iniziativa, valorizzando le infinite idee e materiali prodotti dai servizi territoriali di prevenzione in questi anni, ma la strada è ancora lunga.
Forse un maggiore contributo della ormai un po' allentata organizzazione SNOP avrebbe rinsaldato le cose.
D'altra parte le difficoltà di partecipazione che comporta "essere in una azienda USL" si stanno facendo veramente grandi. Quanti operatori assurdamente **in** ferie o in congedo straordinario e a spese personali! Meno protagonisti - tranne le lodevoli eccezioni - di quanto ci si sarebbe aspettato i servizi "ricchi, storici e capaci". Ci aspettavamo si cogliesse l'utilità di contribuire - con piccole e specifiche linee guida sul 626 magari alcuni comparti tipici così indagati nei decenni scorsi: pelletterie e calzature, orafi, piccola impresa alimentare... al lavoro dei tantissimi servizi "poveri".
Ma state tranquilli ci saranno tante altre occasioni per recuperare.

Francamente sconcertante e decisamente da prima repubblica, il comportamento di (alcuni) avidissimi consulenti privati, cavallette su ogni foglio transitasse sopra una qualsiasi superficie.
Un paio di esempi per tutti: dieci minuti prima dell'inizio dell'affollatissimo gruppo di lavoro sull'edilizia, mani adunche hanno letteralmente sottratto dal tavolo appunti, lucidi ed originali della relazione del coordinatore Coato, che per la prima volta in vent'anni di calma è stato colto da una giusta crisi d'ira. Così come durante una delle tavole rotonde alla sottoscritta (che era sul palco) si è avvicinato un distinto signore di mezza età con aria allarmata che ,avendo avuto educato ma stupito ascolto (Ippocrate docct?), ha posto la fondamentale domanda *"cosa pensa lei sulla valutazione del rischio nei distributori di benzina?"* pretendendo ovviamente una immediata risposta. Mi ha salvato dall'inopportuno collega il fatto di avere presentato il giorno prima una scheda sull'argomento.
Ma tant'è il Seminario ISPESL CNA - SNOP - Coordinamento degli Assessorati alla Sanità delle Regioni (in prima fila ovviamente la regione ospitante: Emilia

Romagna), che si è tenuto a Pieve di Cento (Bologna) il 25 e 26 ottobre è stata un grande successo di pubblico (anche se poco pagante) e una grande occasione di "presentazione e confronto" del tanto (ed è solo una piccola parte ?) del sapere dei servizi territoriali, di SNOP e delle esperienze di collaborazione con Associazioni artigiane, Enti Bilaterali (o almeno dell'EBER dell'Emilia Romagna).

**Obiettivi riusciti**

- Rendere possibile la lettura semplificata ma specifica e scientifica nei vari comparti produttivi e di servizio della valutazione del rischio e di stesura dei piani di bonifica, puntando anche ad una capacità di autovatutazione per le piccole, medie imprese e l'artigianato
- Scambiarsi tra organizzazioni artigiane e operatori della prevenzione idee e materiali su punti chiave eli valutazione dei rischio e piani di bonifica (linee guida insomma) su tanti comparti produttivi e di servizio
- Rinsaldare i rapporti con Coordinamento delle Regioni e ISPESL.

**Obiettivi da perseguire da subito**

- Diffondere a cura delle Regioni i materiali validi a tutti i servizi, con iniziative decentrate di presentazione
- Puntare a esperienze territoriali e regionali, che vedano protagonisti i servizi territoriali di prevenzione in collaborazione con Associazioni di impresa, Organizzazioni sindacali, Enti Bilaterali, sui temi dell' informazione, della formazione ma anche della diffusione del tanto materiale prodotto sui comparti; difendersi dall'occupare l'angolo della sola vigilanza nel quale oggi alcuni vorrebbero respingerci
- Iniziare come SNOP verso il Coordinamento delle Regioni un'opera di riconoscimento dei gruppi di lavoro interregionali su temi scientifici e di analisi per comparti produttivi
- Fare stampare ad ISPESL, magari come Speciale della rivista Fogli di informazioni, in collaborazione con il Coordinamento degli Assessorati alla Sanità delle Regioni, i materiali più interessanti presentati dai tanti servizi, perché arrivino proprio a tutti, operatori e forze sociali interessati.

Come sempre buon lavoro.

Forse organizziamo un altro appuntamento per la primavera. Fateci sapere cosa ne pensate.

**Laura Bodini**

## la CONFERENZA DEL COMITATO PERMANENTE FRA ASSOCIAZIONI EUROPEE DEGLI ISPETTORI DEL LAVORO (CPE)

**Snop -** Italia
Ass. **Villermè -** Francia
**Upit -** Spagna
**Apit -** Portogallo

- La valutazione dei rischi nei luoghi di lavoro
- La trasposizione della direttiva quadro sulla protezione dei lavoratori nei vari paesi della Comunità Europea

**BILBAO** (Spagna)
23 - 24 - 25 **febbraio** 1996

**Tavole rotonde e 4 workshops/Atelier**

- Piccola e media impresa
- Sistemi pubblici di controllo
- Edilizia
- La valutazione dei rischi

**Invitati:** Associazioni promuoventi e contatti con paesi europei
Istituzioni europee
Agenzia di Bilbao per la prevenzione

**Lingue ufficiali:** Inglese, francese, spagnolo

**Iscrizioni** 5.000 pesetas (Soci Snop)
150.000 pesetas (non soci)
pasto a carico degli organizzatori

**Per iscrizioni** dall'Italia entro il 10/1/1996 contattare **Per Snop**

**Paola Bertoli**
*Smipl Usl Parma*
*Distretto Parma Sud Est*
*Via Toschi, 3*
*43013 Langhivano (Parma)*
*fax 05211853723*
*Tel. 0521/865111*

# PROGETTO SICUREZZA IN EDILIZIA

Nel mese di luglio i servizi di prevenzione di Vicenza, Padova e Provincia si sono incontrati con le ditte costruttrici di ponti su ruote (trabattelli) e scale per confrontarsi su alcuni punti:

1) necessità di integrare, in fase di progettazione, la sicurezza in funzione delle modalità operative degli utilizzatori (principalmente manutentori, imbianchini, installatori).
   Ad esempio:
   progettare e costruire il ponte con più piani di lavoro ciascuno dotato di proprio parapetto che si realizzi automaticamente in fase di montaggio: prevedere cioè in fase costruttiva le modalità per impedireposizionamenti anomali degli impalcati in modo tale che la sicurezza del lavoro sia garantita anche dall' impossibilità di utilizzare il trabattello in maniera difforme dal previsto.
2) Assicurare che i trasferimenti in altezza tra i vari piani avvengano con l'utilizzo di scale interne e di botole per ciascun impalcato.
3) Necessità per le Ditte costruttrici di redigere manuali di istruzioni d'uso più dettagliate, contenenti le condizioni di utilizzo previste, le istruzioni per montare, utilizzare e smontare senza alcun rischio il trabattello.

Tali istruzioni, parte integrante della consegna della struttura, devono contenere gli schemi o i disegni necessari per quanto sopra indicato, tenendo anche conto del livello di informazione e formazione che ci si può ragionevolmente attendere dagli utilizzatori.
Per quanto riguarda le scale portatili ,fonte di numerosi infortuni anche gravi, si è concordato sulla necessità di applicare sui montanti delle stesse dei pittogrammi indicanti la corretta modalità di utilizzo.

I servizi che hanno contatti con costruttori sono pregali di fare riferimento a:
**Carlo** Fiormici,Azienda *USL n .6, Vicenza tel. 04441992 212*
**Franci Sarto,** *Azienda USL n. 16, Padova tel. 049/8214251*

Nel Convegno di Bologna CNA - SNOP - ISPESL - Regione Emilia Romagna, il gruppo edilizia ha presentato del materiale sul la valutazione del rischio in edilizia che può essere richiesto a:
**Flavio Coato**
tel. 04516769427
fax 045/6700347

Il **3° Convegno Nazionale Sicurezza in Edilizia** si terrà a Vicenza non appena sarà recepita la direttiva CEE 57192 e sarà l'occasione per fare il punto del lavoro di prevenzione e vigilanza in edilizia dei servizi territoriali, delle proposte tecniche come quelle su ponti e scale, e sulla valutazione dei rischi in questo settore.

# PROGETTO SUB-SPRINT

Come tutti sanno Sub-Sprint è un progetto specifico del Programma Europeo SPRINT e che SNOP è il partner italiano per questo progetto.
1 progetti specifici della UE prevedono il trasferimento di nuove tecnologie, che siano state sperimentate con successo in un settore industriale o in un paese della UE ad altri paesi e, attraverso questi, promuovere a favorire l'innovazione tecnologica.
Nella stampa offset, le macchine vengono generalmente pulite utilizzando solvente nafta o olii minerali. 1n Inedia ogni stampatore ne utilizza circa 600 litri all'anno. Complessivamente in Europa si utilizzano circa 100 milioni eli litri di solventi organici, contribuendo per l' I% del totale dell'emissione in atmosfera di questi composti e per il 3% delle emissioni industriali, per tacere dei danni alla salute degli addetti.
Il 30 novembre si è tenuto a Salsomaggiore Terme al Palazzo dei Congressi un seminario di lavoro per il bilancio dei due anni del Progetto Sub-Sprint in Italia, all'interno delle esperienze europee, con interventi delle aziende grafiche, delle scuole grafiche, dei fornitori e dei produttori di solventi.
Dal progetto Sub-Sprint alle prescrizioni di bonifiche - tipo anche alla luce dell'applicazione del Decreto 626 nel settore grafico, come si è già detto a Bologna il 26 ottobre nel Convegno SNOP-ISPESL e CNA. Oggi sappiamo che è possibile sostituire i solventi organici con agenti pulenti a base di olii vegetali.
Questo ormai va generalizzato. Ovvero dalla sperimentazione alla pratica quotidiana.
Sul prossimo numero la sintesi del seminario.

rif. **Paola Rertoli**
*Azienda USL Parma*
*Distretto Sud-Est*
*te.l. 0521/86511*
*fax 0521/853723*

# VIGILANZA O CONSULENZA?

*All'Assessorato Regionale alla sanità*
*All'Ispettorato Regionale alla sanità*
*Ai Direttori generali az. UU.SS.LL.*
*Ai Direttori sanitari az. UU.SS.LL.*
*Ai Direttori amministrativi az. UU.SS.LL.*
*Ai Capi settori di igiene e sanità pubblica*
*Alle Segr. Reg. delle OO.SS.*
*Alle Procure della Repubblica e/o le Preture circondariali*

La sezione regionale della SNOP,che raggruppa la maggior parte degli operatori addetti ai servizi di medicina del lavoro, riunitasi in data 1619/95 a Ragusa, dopo disamina dell'attuale situazione organizzativa e strutturale presente nei servizi di medicina del lavoro delle Az. Unità Sanitarie Locali della Regione Sicilia, denuncia quanto segue:
La L. 833178 agli art. 20 e 21 istituiva in tutte le USL i servizi di medicina del lavoro con compiti di prevenzione, di tutela e di promozione della salute nei luoghi di lavoro, a questi venivano trasferiti i compiti di vigilanza già svolti dall'ispettorato del lavoro.
La L.R. n. 6/81, di recepimento della riforma sanitaria, istituiva in tutte le USL siciliane i servizi di medicina del lavoro, e con successiva Circ . Ass. 8682 venivano individuate le USL che nelle more della costituzione dei Servizi svolgessero le funzioni di medicina del lavoro già dell'Ispettorato del lavoro, ex ENPI, ex ANCC.
L'art. 42 della L. R. 30/93 individua i compiti dei Servizi di medicina del lavoro, ribadendo l'istituzione di questi servizi a livello di ogni Azienda Unità Sanitaria Locale.
L'attuale normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro (D. L.vo 626194 - DL 758/94) individua nel Servizio di medicina del lavoro del SSN l'organo di vigilanza e di controllo, intendendo con ciò ribadire il compito istituzionale prioritario del servizio pubblico.
L'attività di consulenza non rientra tra i compiti obbligatori del SSN.
Considerata l estrema carenza di personale nell organico dei servizi di medicina del lavoro, si denuncia il tentativo portato avanti da alcuni Direttori Generali di Az. USL di stornare personale in atto operante nei Servizi di medicina del lavoro per istituire servizi di prevenzione e protezione con compiti esclusivi di consulenza tecnica e di sorveglianza sanitaria. Tutto ciò si baserebbe sull'attivazione della mobilità in violazione delle norme vigenti; infatti tale istituto dovrebbe essere attivato senza che in alcun modo venga lesa la funzionalità del servizio di medicina del lavoro, (vedi Az. USL n. 3 CT con atto deliberativo n. 205 del 419/95).
Va ancora segnalato come già presso la stessa Az. USL siano state sottratte unità di personale del servizio di medicina del lavoro senza tenere conto dei suddetti principi.
E discutibile l'istituzione di nuovi servizi senza una previa valutazione dei carichi di lavoro.
Le Aziende USL, come qualsiasi altra azienda pubblica o privata, hanno sì l'obbligo di istituire il servizio di prevenzione e protezione aziendale ai sensi degli art. 8 e 9 del D. L.vo 626194, ma ciò non può essere fatto a scapito del servizio pubblico di prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro.
Il depauperamento ulteriore dei servizi già carenti creerà una situazione di paralisi completa delle attività istituzionali di medicina del lavoro tra cui quelle più recenti di polizia giudiziaria (art. 20, 21 DL 7581 94 ).
Nella fase attuale di riordino della sanità in Sicilia, piuttosto che provvedere alla costituzione dei servizi nelle Az. USL carenti (EN, AG, TP) o al potenziamento delle realtà già esistenti (CT, SR, ME, PA, CL), si sta assistendo al depauperamento di essi o al mancato riconoscimento di realtà operative di fatto (RG).
Denunciamo la grave assenza dell'Assessorato Regionale alla Sanità nell'emanazione di direttive di applicazione delle norme del 626/94 e del 758/94 nelle Az. USL della Regione Sicilia e la mancanza di disposizioni in assenza del piano sanitario regionale sull'assetto organizzativo dei servizi, considerato che gli stessi risultano attivati ai sensi dell'art. 42 della L. R. 30/93.
Tale ritardo ha già determinato notevoli difficoltà all'operatività dei servizi e alla programmazione delle attività nonché il mantenersi di situazioni non rispondenti a quanto previsto dal 626/94.
Si sollecita pertanto l'intervento di quanti in indirizzo, ognuno per la sua parte, per rimuovere le anomalie denunciate a garanzia del rispetto delle norme vigenti.

Ragusa, *16 settembre 1995*

**SNOP Reg. Sicilia**

Per comunicazioni:
**Dr. Paolo Ravalli**
*c/o Servizio di Medicina del Lavoro*
*AUSL n. 7 Ragusa*
*Zona Industriale 7" Fase Ragusa (97100)*
*Tel.* 0932/600696-600682

# DECRETO LEGISLATIVO 626194 **RICHIESTA DI AUDIZIONE E INVIO DI OSSERVAZIONI E PROPOSTE**

*Spett.li*
*Ministero della Sanità*
*Ministero del Lavoro*
*Ministero delle Politiche Comunitarie*
*Commissione Lavoro Senato*
*Commissione Lavoro Camera*
*Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati*

Ritenendo di ben rappresentare gli interessi tecnico-scientifici degli operatori della prevenzione, in particolare di quelli del Servizio Sanitario Nazionale,

**chiediamo**

di essere convocati per una audizione in merito alle eventuali modifiche del D. Lgs. 626194 anticipate nei giorni scorsi dalla stampa, e per illustrare in maniera più approfondita gli argomenti che abbiamo potuto solo accennare in questa lettera.
La nostra Associazione, che rappresenta gli operatori della prevenzione negli ambienti di vita c di lavoro, in particolare quelli inseriti nei servizi di prevenzione delle Aziende Usi, si è da sempre attivata nei confronti degli interlocutori istituzionali, sia all'epoca del recepimento delle direttive europee che nell'elaborazione di linee guida per settori produttivi.
Abbiamo inoltre sostenuto da sempre il ruolo importantissimo di controllo, formazione, informazione e assistenza che il D. Lgs. 626, in linea con la L. 833178, affida al servizio pubblico, ponendolo giustamente **in** posizione di supervisore con, nel contempo, compiti di supporto qualificati e qualificanti a medici competenti e tecnici, progettisti e lavoratori.
Nella lettura dello schema di Decreto di modifica del D. Lgs. 626194 pubblicato sulla stampa nazionale e approvato dal Consiglio dei **Ministri** il 7 novembre scorso, abbiamo colto degli **elementi di forte preoccupazione relativamente al ruolo dei servizi di prevenzione delle Usi.**
**In** particolare, siamo in **netto disaccordo con la modifica dell'art.24 secondo conima,** (art. 12, comma i lett. b dello schema di modifica),che prevede l'espl icitaesclusione delle unità Sanitarie Locali, e quindi dei servizi di prevenzione di cui noi ci facciamo portavoce, dal novero dei soggetti istituzionali obbligati alle importanti funzioni di assistenza. Riteniamo che un servizio di prevenzione del Servizio Sanitario Nazionale al quale siano inibiti compiti di assistenza perda la centralità del suo mandato istituzionale.
Già il Coordinamento delle Regioni, con le linee guida preparate dagli Assessorati alla Sanità, aveva esplicitato il valore di questa funzione.
La modifica proposta ridurrebbe i servizi di prevenzione delle Usi a meri controllori del rispetto della norma, con compiti quindi unicamente ispettivi, il che li farebbe ritornare ad una situazione ante 833, che aveva già dimostrato i suoi limiti.
Il modello di prevenzione nei luoghi di lavoro che si è venuto gradatamente a costruire in Italia, pur con alcuni limiti, ha dimostrato di poter funzionare proprio per la possibilità di fare prevenzione utilizzando tutti gli strumenti a disposizione e non solo la vigilanza.
Siamo perciò dell'avviso che il ruolo di informazione, formazione ed assistenza dei servizi e presidi di prevenzione delle Usi, vada promosso e non mortificato.
Inoltre:

1) riteniamo possa costituire fonte di confusione e di contenzioso **in** sede di applicazione delle sanzioni la completa cancellazione della definizione di "datore di lavoro" di cui all'art. 2 del D. Lgs. 626 (art. 2 comma 1 lett. b dello schema di modifica), pur comprendendo la difficoltà di definire con una formula tutte le svariate figure che ricoprono il ruolo di responsabile principale nelle diverse strutture, specie in quelle di carattere pubblico.
2) Non concordiamo in alcun modo con l'eliminazione dall'art. 4, comma 1 del D. Lgs. 626, del richiamo all'obbligo per il datore di lavoro "all'osservanza delle misure generali di tutela previste dall'art. 3" (art. 4 comma 1 dello schema di modifica).
3) Appare critica la deroga introdotta dall'art. 4 comma 11 dello schema di modifica, per le aziende a conduzione familiare o che occupano fino a cinque dipendenti: se non venissero emanati tempestivamente i decreti che individuano le tipologie di aziende soggette a particolari fattori di rischio moltissime piccole aziende ad alto rischio resterebbero escluse dall'obbligo di elaborare il documento di cui all'art.4 comma 2 e 3.
4) La modifica apportata al comma 2 dell'art. 23 del D. Lgs. 626 (art. 1l comma 1 lett. b dello schema di modifica) è una ulteriore occasione persa per fare chiarezza rispetto ai compiti di vigilanza e contribuisce anzi ad aumentare la confusione su questo aspetto.
5) Circa l'art. 25 dello schema di modifica,che elimina il primo comma dell'art. 72 del D. Lgs. 626 che richiamava il datore di lavoro all'obbligo di rispettare le norme dettate dal titolo VII, e quindi a tener conto dell'aggiornamento comunitario delle liste dei cancerogeni, e non solo del suo recepimento nazionale, manifestiamo la nostra preoccupazione derivante dal fatto che il 21° adeguamento comunitario comprende 778 sostanze cancerogene etichettate, mentre il recepimento italiano, fermo al 15° adeguamento, ne comprende solo 39.

Vi sono anche questioni tecniche che andrebbero approfondite, essendo a nostro avviso peggiorative rispetto al testo iniziale. Per carenza di spazio riportiamo due esempi:

- è nettamente peggiorativa l'aggiunta apportata all'art. 33, comma 6 del D. Lgs. 626 (art. 17 comma 6 dello schema di modifica): si prevede infatti la possibilità negli ambienti di lavoro di nuova costruzione di sostituire l'aerazione naturale (finestre apribili) con impianti di aerazione forzata, compiendo un gran passo indietro sia rispetto al Dpr 303156, sia a quanto già normalmente avviene in molte regioni d'Italia, sia alle moderne nozioni di igiene industriale;
- gli spogliatoi per lavorazioni insudicianti o che comunque prevedono il cambio d'abito devono a nostro avviso essere distinti per sesso anche sotto i cinque dipendenti (art. 17, comma 11 dello schema di modifica). Negli altri casi, in cui cioè i lavoratori tengano i vestiti civili anche durante il lavoro, può bastare un attaccapanni in luogo idoneo.

In calce a queste osservazioni critiche che vorremmo aver modo di discutere in apposita audizione, esprimiamo parere favorevole per altre modifiche apportate, fra le quali citiamo a titolo di esempio:

- la responsabilizzazione chiara dei fabbricanti di macchine, attrezzature ed impianti rispetto alle condizioni di sicurezza e salute;
- l'eliminazione dell'obbligo per i locali adibiti ad ufficio di avere altezze minime di metri tre.

1n attesa di cortese riscontro porgiamo distinti saluti.

**Flavio Coato**

# DECRETO LEGISLATIVO 626194 **RICHIESTA DI INCONTRO**

Al **Ministro della Sanità**
**Prof. Elio Guzzanti**

La nostra Associazione che rappresenta gli operatori della prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, e che fin dalla sua nascita è impegnata nella promozione di un modello di prevenzione, specialmente nei luoghi di lavoro, che coinvolga tutti i soggetti interessati, ma che abbia nel servizio pubblico il centro motore di tutto il processo, si rivolge a Lei per manifestare la preoccupazione che pervade in questa fase gli operatori dei servizi di prevenzione delle aziende USL.
Il recepimento delle direttive europee, ed in particolare il recente D. Lgs. 626/94, ha dato una impostazione forse più moderna dell'attività preventiva, rendendo protagonisti diretti del processo di salvaguardia della salute dei lavoratori, i lavoratori stessi, i datori di lavoro e il medico competente: questi soggetti, collaborando ognuno per le proprie competenze, dovranno costruire luoghi di lavoro più sani e sicuri.
Al servizio pubblico è dato un importantissimo ruolo di controllo, di formazione, informazione ed assistenza in linea con la 833178, che lo pone giustamente in posizione di supervisore con, nel contempo compiti di supporto qualificati e qualificanti a medici competenti e tecnici, progettisti e lavoratori.
Nei neonati o spesso ancora in gestazione, dipartimenti di prevenzione delle USL, i servizi di prevenzione si sono immediatamente attivati per fornire corsi di formazione e più in generale supporti informativi e di assistenza, alle imprese, in particolare piccole e medie, ai lavoratori ed a quanti hanno chiesto il loro contributo, hanno iniziato ad elaborare progetti per supportare le aziende cd i tecnici che devono affrontare i gravosi compiti previsti dal D. Lgs. 626, in tutto ciò incoraggiati dal Coordinamento delle Regioni e dalle linee guida preparate dagli Assessorati alla Sanità regionali.
Non Le vogliamo però nascondere le difficoltà che tutto questo comporta.
Basti considerare la grande necessità di formazione ed aggiornamento che esiste all'interno del servizio pubblico, la scarsezza di mezzi e risorse che, specie in questo momento, sono a disposizione nelle USL, lo sbandamento che comporta l'accorpamento delle USL e la creazione di servizi nuovi e del dipartimento di prevenzione,la fuga verso il privato di operatori che vedono la possibilità di maggior guadagno offrendosi all'industria quali consulenti tecnici o quali medici competenti, la comparsa improvvisa sul mercato di una miriade di esperti di sicurezza e prevenzione veri o presunti, che impongono un delicato impegno dell'Ente pubblico nel senso della formazione c del controllo.
Se a questo quadro aggiungiamo l'incertezza della situazione politica ed economica, possiamo immediatamente comprendere la preoccupazione di coloro che pensano che lavorare nel servizio pubblico sia interessante almeno quanto lavorare nel privato, non fosse altro per le enormi opportunità di modificare positivamente il reale, nel senso cioè del miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, utilizzando le leggi e metodologie di lavoro consolidate e sperimentate in anni di attività, di studio e di confronto fra tutti i servizi di prevenzione italiani ed esteri.
Si stanno diffondendo notizie ed iniziative che fanno trasparire una volontà di ridimensionare il ruolo dei servizi di prevenzione delle USL a meri controllori del rispetto della norma, con compiti unicamente ispettivi vanificando quanto di positivo è stato costruito negli ultimi venti anni con positive esperienze diffuse in buona parte del paese.
Il modello di prevenzione nei luoghi di lavoro che si è venuto gradatamente a costruire in Italia, pur con alcuni limiti, ha dimostrato di poter funzionare proprio per il connubio tra vigilanza e prevenzione, per la possibilità di fare prevenzione utilizzando anche, ma non solo, lo strumento repressivo.
Sarebbe a nostro avviso estremamente deleterio, e la prevenzione farebbe un deciso passo all 'indietro, se queste notizie si rivelassero veritiere.
Riteniamo che il Ministero della Sanità, dall'inizio degli anni '80, nonostante gli impegni della 833, non abbia svolto in misura significativa il proprio ruolo sulle tematiche della prevenzione: segnale di ciò è tra l'altro la mancata creazione all' interno del Ministero di una struttura deputata alla gestione ed allo sviluppo di tali tematiche, come dovrebbe essere una Direzione Generale per tutte le attività di prevenzione. Ulteriore conseguenza di questa situazione è la sostanziale assenza dei Ministero nella recente fase di recepimento ed attuazione delle direttive comunitarie sulla sicurezza nei luoghi di lavoro.
Convinti che il Ministero della Sanità debba interagire in modo efficace su questi argomenti con il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale,

Le chiediamo
con l'urgenza chela situazione impone, un incontro al fine di discutere in maniera più approfondita gli argomenti che abbiamo potuto solo accennare in questa nostra lettera, nello spirito della massima disponibilità alla collaborazione.
In attesa di cortese riscontro Le porgiamo cordiali saluti.

**Graziano Frigeri**
*Presidente Snop*

# AI MARGINI DI UNA CIRCOLARE MINISTERIALE

Vale forse la pena di richiamare 1' attenzione degli operatori su un passaggio della recente circolare del Ministero del Lavoro (Il Sole 24 ore del 18 agosto scorso p. 18) riguardante il titolo VI del D. L.vo 626194. L'interpretazione ministeriale secondo la quale, in assenza di lavoratori che rispondano alla definizione dell'art.51, comma 1, lettera c, (colui il quale "... utilizza un'attrezzatura munita di videoterminale in modo sistematico ed abituale, per almeno quattro ore consecutive giornaliere, dedotte le pause di cui all'articolo 54, per tutta la settimana lavorativa") verrebbe esclusa "automaticamente" l'applicabilità dell'intero titolo VI. Con ciò si verificherebbe la situazione di posti di lavoro ergonomicamente inadeguati, verosimilmente fastidiosi, ma, forse, non causali di malattia, tranquillamente accettati ed esclusi da ogni possibilità di miglioramento. L'assurdità di tale posizione risalta meglio quando si pensi ad alcune interpretazioni per "analogia" che potrebbero essere adottate in altri campi.

L'esempio che vogliamo fare riguarda un caso realmente esistente. Si tratta del problema delle postazioni di masticiatura delle pelletterie. Nelle nostre realtà è sempre più frequente il riscontro di datori di lavoro che utilizzano o collanti all'acqua o a base di miscele contenenti solventi organici, omologhi dell'n-esano o altri. Il quesito postoci da uno di questi datori di lavoro era più o meno il seguente: dato che utilizzo solo per poche ore (5 a sua detta) alla settimana la masticiatura con collanti ai solventi organici, posso farlo su banchi non aspirati e posso anche sottrarmi all'obbligo di sottoporre gli addetti che svolgono tale mansione a sorveglianza sanitaria.

Nella logica della circolare ministeriale il ragionamento non fa una grinza. Dice infatti il funzionario ministeriale: "Appare... evidente che l'intenzione del legislatore è stata quella di assicurare specifiche misure preventive in favore di coloro per i quali sussistono rischi per la salute prevenibili in base ai dati scientifici disponibili". E quanto si verifica nel caso del nostro masticiatore non aspirato. Cinque ore (dichiarate) alla settimana non provocano verosimilmente una previsione di danno significativamente differente da zero. Quindi non esiste il problema?

Questa impostazione è totalmente opposta a tutta la filosofia della nuova normativa, che dovrebbe invece vedere in prima istanza l'individuazione dei "pericoli", quindi la valutazione del livello di esposizione, comprendendo in ciò anche gli aspetti ergonomici e igienistico-industriali, per arrivare infine ad una stima dei rischi di "eventi avversi perla salute" prevedibili in base a quanto sopra. E indubbio che una postazione di lavoro al VDT rappresenta un potenziale pericolo; va quindi valutata la sua adeguatezza per ciò che riguarda gli aspetti di confortevolezza e vivibilità e solo alla fine si dovrà considerare se le condizioni d'uso dell'attrezzatura pongono rischi perla salute. Se in questo processo si individuano carenze ai vari livelli, queste rappresentano dei "problemi" da risolvere, sui quali la previsione di effetto avverso per la salute servirà solo come indicatore di una maggiore o minore priorità nella scala degli interventi di miglioria messa insieme dal datore di lavoro nella sua valutazione dei rischi aziendali.

Nel caso della nostra azienda pellettiera, quel posto di masticiatura, dato che l'uso di solventi organici evaporabili rappresenta certamente un pericolo potenziale, deve essere correttamente valutato da un punto di vista dell'igiene industriale, ponendo l'esigenza che per essere definito "privo di problemi", quel banco dovrebbe comunque prevedere la presenza di mezzi di eliminazione dell'inquinamento da solventi.

11 punto cruciale in tutto quanto detto risiede nel concetto di "privo di problemi" c in quello di "scala di priorità". Se avere un posto di lavoro al VDT mal illuminato, con attrezzature inadeguate è perfettamente tollerabile, purché l'addetto non risponda alle caratteristiche dell'art. 51, comma 1, lettera c) ,oppure se masticiare con solventi organici su un banco privo di qualsiasi aspirazione, purché venga fatto in "modiche quantità" non deve comportare alcun intervento del datore di lavoro, allora il fallimento della legge sarebbe totale.

Tuttavia è anche bene dire che gli esempi sopra riportati si riferiscono proprio a quel variegato campo nel quale non vale più neppure il vecchio modo di lavorare dei servizi, che consisteva nello stirare la norma di legge a fin di bene, imponendo, pena sanzioni penali più spesso minacciate che realizzate, modifiche e bonifiche. Ciò per due ordini di motivi: il primo perché la legge ormai non da più questi margini di flessibilità; secondo perché è credibile che molti degli interventi imposti nel passato su problemi come quelli qui sollevati, abbiano sovvertito le reali scale di priorità sui rischi da rimuovere e sulle situazioni da affrontare in ditta, dato che spesso si è stati costretti ad agire su istanze casuali, eteroindotte, solo di rado a valle di un completo esame della situazione aziendale.

Se questo è lo scenario richiamato anche nelle linee-guida delle regioni, quindi ben diverso da quello prospettato dal funzionario ministeriale, allora ci attende una robusta battaglia per la difesa di un'impostazione più corretta del dettato e soprattutto dello spirito della legge 626194.

**Alberto Baldasseroni**

# SNOP ON INTERNET

SNOP ha ampliato la sua presenza nel cyberspazio: da ottobre è presente su Internet, ospite del WWW della Associazione Ambiente e Lavoro. L'URL è:
**http://www.agora .stm.itlael/snop .htm**

La lettura dell' ann uncio precedente suddivide i lettori in alcuni gruppi, tra i quali citiamo;

- quelli che usano già Internet e si affretteranno a collegarsi in SLIP o PPP al loro Provider Internet, sempre che non siano dei privilegiati con un collegamento TCP/IP su CDA, CDN o ISDN, al che potranno subito lanciare Netscape (il browser più usato) per vedere cosa c'è di bello all'URL citato;
- quelli che non solo non hanno capito niente del!' 'annuncio ma neppure di quello che c' è scritto nel paragrafo qui sopra, anche se intuiscono che SLIP non è un' alternativa ai boxer e PPP non è una parola volgare. Sono quelli che pensano che il trattamento automatico delle informazioni (in altri termini l'informatica) sia una manovra del demonio, del capitale o dei comunisti (a scelta). Sono quelli che in genere concludono o con 'dove andremo a finire' o con `dura minga, non può durare';
- quelli che ritengono che la cosa possa essere interessante per altri, ma non per loro;
- quelli che a furia di litigare per e con un personal in ufficio, di vedere articoli, riviste, servizi televisivi sulle autostrade dell'informazione, la campagna pubblicitaria di WINDOWS 95,1'Olivetti che apre ai telefoni cellulari e chiude ai persona] computer (cioè chiude fabbriche di persona] computer), vorrebbero capire di più, per valutare quanto c'è di fumo e quanto di arrosto, in questo futuro villaggio globale, in cui ognuno sarà (volendolo?) vicino a tutti gli altri.

Nello sviluppare il nostro servizio Internet (che è ad accesso totalmente gratuito, ovviamente) ci troveremo ad affrontare questi temi e ne forniremo una eco anche sulla rivista. Avendo deciso di realizzarlo è chiaro che propendiamo per l'arrosto, speriamo che il servizio che vogliamo realizzare risulti appetitoso.
Ecco alcune sintetiche informazioni dedicate a stimolare l'appetito di chi, avendo già un PC ,è stato sul punto di comprare un modem e una di quelle riviste che danno l'accesso gratuito a Internet per qualche mese, ma non lo ha ancora fatto, sperando di convincerlo a compiere il grande passo:

- dal sito dell ' OMS di Ginevra è scaricabile una base di dati (con un gradevole programma di interrogazione) con centinaia di informazioni statistiche (sanitarie e non) per ogni Paese europeo, dagli anni 60-70 al 1994;
- NIOSH, OSHA, EPA sono in Internet da tempo, con documenti e software in linea;
- un sito Internet molto interessante è quello del CCOHS (Canadian Centro for Occupational Health and Safety) che, tra l'altro, mantiene un indice dei siti Internet di interesse per la sicurezza e l'igiene del lavoro: sono attualmente più di 300 (non siamo soli nell'Universo);
- Il servizio di sicurezza dell'Ovest Australia ha su Internet alcune decine di schede informative per i lavoratori: dalla rimozione del cemento-amianto alle dermatiti da contatto. Ci sono anche alcune belle immagini;
- sul nostro sito Internet, oltre all ' ipertesto gratuito con il testo completo e commentato del 626 preparato dalla Associazione Ambiente e Lavoro, è possibile trovare le linee guida regionali per il 626, che sonoritrovabili anche nell'area SNOP sulla Rete Civica Milanese ,come alcuni materiali di comparto;
- UNI e CE1 hanno annunciato recentemente che entro i primi mesi del 1996 avranno un servizio su Internet, con i cataloghi delle loro norme ed altro. Anche l'INAIL ha intenzione di attivare un proprio sito.

Per concludere, a dimostrazione che non siamo totalmente obnubilati dalle nuove tecnologie, (confondendo contenitore e contenuto, mezzi, strumenti e obiettivi) e ci rendiamo conto di alcuni dei limiti del villaggio globale ne] quale abbiamo fatto entrare anche SNOP, segnaliamo che sul televideo (RAI), mezzo ben più accessibile di Internet, sono disponibili da tempo (grazie ai relativi Presidi Multizonali) i dati sullo stato dell' aria a Milano, Genova e a Roma, aggiornati praticamente in tempo reale. Avere i dati ma non usarli, o non sapere come usarli, o non avere voglia di usarli, è un rischio sempre presente.

**Dario Tagini**

*Per informazioni su Internet:*
**Dario Tagini**
02127002662
e-mail: ambiente.lavoro@agora.stm.it

*per informazioni su RCM.•*
**Enrico Cigada**
02126257625
e-mail: enrico_cigada@rcm.inet.it

# INIZIATIVE SNOP 1996

Dopo il grande successo dell'iniziativa di Pieve di Cento (Bo) ed il grande bisogno di scambio di esperienze e materiali di alta qualità sull ' applicazione del Decreto 626 per grandi comparti stiamo organizzando per la primavera estate alcune iniziative in varie città.

1 temi saranno:

- Agricoltura;
- Settore Agro-alimentare;
- Artigianato di servizio;
- Calzature e pelletterie;
- Commercio: piccola e grande distribuzione;
- Ambulatori - servizi di assistenza;
- Banche;
- Pubblica amministrazione.

In ogni iniziativa vi sarà:

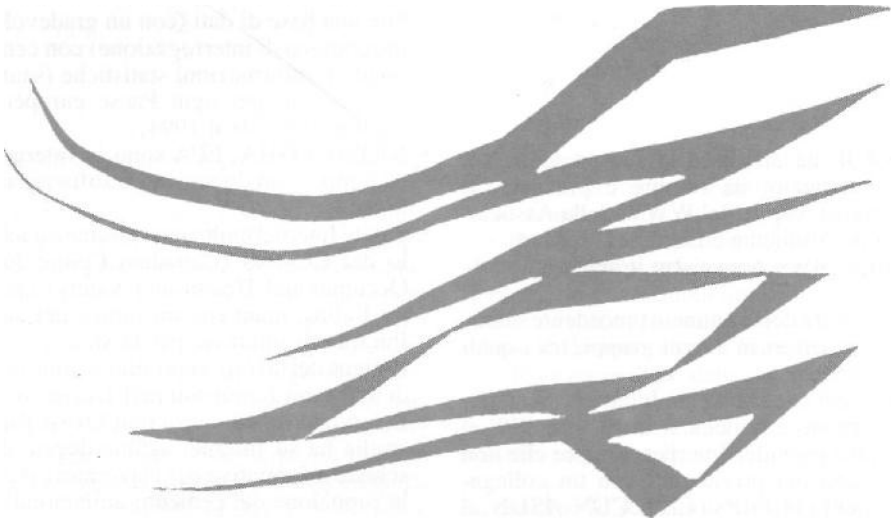
- una breve assemblea soci sulle politiche delle varie Regioni sulla prevenzione: agenzia, scuole di formazione e centri di documentazione, servizi e dipartimenti di prevenzione;
- lo spazio SNOP - INTERNET.

Per saperne di più ovviamente iscriversi e abbonarsi a SNOP.

# SNOP É NELLA RETE CIVICA MILANESE

Su RCM (Rete Civica Milanese) è presente un'area SNOP. Quanti si sono registrati possono lasciare e ricevere messaggi, documenti, domande ed accedere alle aree di dibattito.
Per raggiungere RCM basta un PC, un modem ed una linea telefonica: chiamare 02155182133 (15 linee) utilizzando il software di collegamento gratuito "FirstClass" (copia del software è stata data a molti segretari regionali SNOP).
Inoltre in Italia almeno altre 29 reti locali del circuito ONI (One Net Italia) che utilizzano FirstClass possono connettersi con RCM. Le reti associate ad ONI sono di regola gratuite.

# SITUACION DE SALUD EN LA REPUBLICA DE NICARAGUA,
## La experiencia de Leon



Nicaragua, pais en via de desarrollo de Centroamérica, ubicada en el centro de las Américas, tiene una extensiòn de 120.349 km2 y una poblaciòn aproximada de 4.000.000 de habitantes; colinda al Porte con Honduras, al sur con Costa Rica, al este con el océano Atlàntico y al oeste con el océano Pacifico.

Su posicion geografica es la siguiente:

Latitud: Entre los 10 y 15 45' en el Hemisfèrio Norte.

Longitud: Entre los 79 30' y 88 en el Hemisferio Occidental.

El pais esta dividido en 16 departamentos, existiendo en cada uno de ellos, una autoridad departamental y autoridades municipa-les.

El 15 de Septiembre de 1821, el pueblo nicaraguense - junto con los paises de Centroamerica - obtuvo la Independencia del colonialismo espanol.

El pahellòn nacionai es bicolor y esta compuesto de tres franjas horizontales; dos de color azul y una bianca en el centro.

La lengua oficial es el espanol. EI espanol de Nicaragua, contiene abundante lexico Nahuatl, principalmente en las medicinas, alimentos, flora y fauna. En la costa atlàntica, los puebios indigenas y comunidades étnicas, conservan sus idiomas y desarrollo cultural. La educaciòn bilingue esta garantizada por la Ley de Au tonomia, de la Costa Atlàntica, para los idiomas Miskito, inglés criollo, Sumu, Rama y Garifono.

La moneda nacional es el Còrdoba y no hay rel igiòn oficial, sinembargo, el pueblo profesa la religiòn catòlica en su gran mayoria, pero también, hay notoria presencia de sectas evangélicas.

**SITUACION DE SALUD**

Datos obtenidos dei Boletin Epidemiolò-gico, segunda ediciòn de 1995, del Ministerio de Salucíde Leon (Silais Leon).

**Dengue**

El dengue es una enfermeded febril causada por cuatro tipos de virus, su importancia ha aumentado en los ùltimos 20 anos, a nivei mundial y eri especial en las américas. En Arnérica cl vector principal es e] mosquito aedes aegyptis. El aspecto clini-co de la enfermeded es muy variado, desde la forma asintomàtica, basta la forma hemorràgica.

En 1985 se registro la primera epidemia de dengue clàsico (aislandosc cl tipo 1), reportàndose 4.111 pacientes; en 1992 se produjo un nuevo brote con 3 ,092 pacientes reportados. **En** 1993, se reportaron 2,496 pacientes, en 1994, se reportaron 4,064 casos, de dengue clàsico y 399 dc hemorràgico, este ano el dengue ed endemo-epidémico en Nicaragua.

**Malaria**

La malaria es otra de las enfermedades de tipo febril cuyo comportamiento es endémico, durante 1993 se registraron 4,759 pacientes y 4,942 en 1994. Malaria por falciparun en 1993, se reportaron 204 casos y sòlo 83 en el 94.

**Enfermedades inmunoprevenibles**

Recientemente Nicaragua abtuvo cl certificado de erradicaciòn de la Poliomielitis, por eso es vital la vigilancia de las Parali-sis flacida agudas (PFA), habiéndose captado 3 pacientes en 1992,4 en 1993 y 2 en 1994, el Silais de Leon, cumple con los indicadores de paralisis flàcida,garantizandosc su valoraciòn en el Hospital Escuela. Durante 1994, secumpliò con el 100% de los cinco indicadores de PFA.

**Sarampion (Morbillo)**

En 1992 se reportaron 84 pacientes de ellos 3 defunciones; en 1993,25 pacientes y 14 en 1994, en estos dos afios no se reportaron defunciones.

**Tos ferina**

En 1992 se reportaron 19 pacientes, 12 en 1993 y 2 en 1994, no seportaron fallecidos por esta enfermedad.

**Tetano neonata!**

En 1992, se reportaron 2 pacientes que fallecieron y despues de esta fecha no han habido mas casos.

**Tuberculosis**

En 1993 se registraron 191 pacientes y 125 en 1994, desde hace 3 anos se aplica el esquema de tratamiento acortado, cuya duraciòn es de 6 meses, cada unidad de salud envia a los pacientes Rx y baciliferos positivos a hospitalizar por un tiempo de 3 meses al Hospital antituberculos, basta que que son Bk negativos, continuando su tratamiento basta completar los seis meses a domicilio, con la modalidad de trata-miento en boca para asegurar su curaciòn.

**Infeccion respiratoria aguda (Ira)**

En 1993 se reportaron 94,200 casos y 90,827 en 1994. Los grupos de edad mas afectados, el <1A. y de 1-4A.

**Diarrea**

En 1993, se riportaron 17,970 casos y 16,623 en 1994, siendo los ninos los mas afectados.

**Colera**

En 1993 se reportaron 556 casos y 349 en 1994, el grupo de edad mas afectado fue cl de 15-49 anos. Se reportaron 3 defunciones en 1994.

**Actividades contra la rabia**

A los animales mordedores sospechosos de rabia, se les sacri-fica y se envia la cabeza al Ministerio de Saiud Nacionai para su debido diagnòstico. De las muestras

que se enviaron se reportaron 6 positivas en 1993 y 26 en 1994. de estas 5 fueron en bovinos (mordidos por perros rabiosos), 2 gatos y 19 perros. Se aplicaron 1304 tratamientos completos a personas mordidas y se suspendieron 28 por indicaciones médicas.

LA SALUD **OCUPACIONAL**

Los departamentos de Leòn y Chinadega, durante la décadapasada producian el 60% de los productos de agroexportaciòn, entre los mas principales estan los siguientes: algodòn,caúa de azucar, bananos, ajonjoli, tabaco y café. Y, para consumo interno, maiz, arroz, frijolcs, sorgo y legumbres. En los mejores anos, de la década de los setenta, se sembraron en estos dos departamentos 190 mil hectareas de algodòn, 50 mi I Ha. de cava de azucar, 40 mil Ha. de maiz, 4000 Ha. de bananos.

En estos ùltimos cinco afios se redujo dràsticamente la siembra del algodòn, por falla de financiamicnto de los bancos nacionales,y tambien ,porque los margenes de ganacia eran cada vez menores, la siembra de la tana de azucar se mantiene, se siembran otros productos para la exportacion - sandias, melones, mani y se desarrolla la camaronicultura. Muchas empresas que dependian de la produccion del algodòn han cesado sus labores, recluciendose tambien las fuentes de trabajo.

En Nicaragua, antes de la decada de los 80 no habian medicos del trabajo, fue basta mediados de osta década que se formaron en el exterior, vinco especialistas en Salud Ocupacional, de éstos, sòlo uno lavora a tiempo completo en el Ministerio de Salud y a tiempo parcial, uno en Managua; los otros trabajanfuera del Ministerio de Salud. En la década pasada hubo un poco de apoyo de parte del Ministerio, pero a partir del ano 1990, cl apoyo es muy minimo y cada vez se reduce. Los logros que se han obtenido han lido por la colaboraciòn externa. Este pequefio avance sòlo se ha logrado en Leòn - segunda ciudad de importancia en el paìs -, gratias a la colaboraciòn del Movimiento Laico América Latina (MLAL), que tiene su sede acà en Verona, y adamàs, Care lnternaeional, éstos no apoyaron seis anfis y el Movimiento Laico, todavia nos apoya, aunque menos que antes; tuvimos al colaboraciòn de un médico del trabajo por parte de MLAL y dos dc parte de Care, cuatro anos y seis anns los segundos; por MLAL, recibimos donaciòn de equipos de mediciòn para riesgos laborales y la construcciòn del edificio donde lavoramos. Cuando tuvimos el apoyo de los medicos exlranjeros, logramos desarrollar el Sistema de Vigilancia Epidemiològica, para la reco-pilaciòn de datos de trabajadores intoxidados por agroquimicos, se realizaron varios estudios, de los cuales se toman los datos que ahora expongo.

De la década de los setenta no tengo datos, primero porque lo que se recopilaba de informaciòn porci Ministerio (le salud,era escaso y segundo porque, muchos pacientes recurrian a los médicos privados y estos no acostumbran pasar informaciòn al Ministerio de Salud. En 1993 se tienen datos de 113 intoxicaciones, incluyendo 7 fallecidos; en 1984 se reportaron 396 intoxicaciones, incluyendo 6 fallecidos; en 1985 se reportaron 388 intoxicaciones, incluyendo 1 8 fallecidos. Correspondiendo para cada ano, segun orden an'iba sanalado, las siguientes tasas por 100.000 hab.: 22.97,75.63, 72.04.

De 1986 a 1989 ocurrieron 3806 intoxicaciones, incluyendo 95 fallecidos, no todos los fallecidos son por causa laboral,siendoen primer lugar,la mayoria por actos suicidas, en segundo lugar por accidentes no laborales y sòlo de I a 2 por cxposiciòn laboral cada ano. En una poblaciòn de 650,219 habitantes (Leòn y Chinandega), significa una tasa de intoxicaciòn de 1.72 por cada 1000 hab. por ano. Esta tasa es una las mas altas del mundo (Mc Connell R., 1988) y se subestimò la realidad por un porcetaje que segùn encuesta de subregistro es del 77% (Keiffer/PachecolMc Connell, 1989). Si se comparan las intoxicaciones con las cifras de malaria por ejemplo, vemos que la malaria tiene una tasa de 42.211000 hab., es un problema mucho mayor. Pero si consideramos la poblaciòn en riesgo de contraer malaria es de 650,219 habitantes, y que la poblaciòn enriesgo de intoxicarase incluye principalmente a los trabajadores agricolas y sus familiares, recalculamos la tasa dc intoxicaciòn basados eri la exposiciòn expuesta.Nohay cifras exactas sobre esta; sin embargo, segùn la informacion que manejamos, existìan unos 10,200 trabajadores expuestos, incluyendo sus fàmiliares. Calculamos una casa dc intoxicaciòn de 10,5 casos por mil trabajadores. Un promedio de 107.3 intoxicaciones procedieron de las empresas estatales es Ios ados 1987-1989; una encuesta a 633 cooperativistas hecha en agosto-septiembre de 1988, revelò que 69 reportaron haberse intoxiedo durante la mis ma temporada (Kieffer, 1988). Calculando la tasa de intoxicaciòn utilizando estas datos, Ilegamos a 109 por mil, mucho mas alta que la de la malaria. Estos datos se tomron de un estudio de los aòos1986-1989.

En oste mis estudio se encontrò que los plaguicidas que mas intoxicaciones provocar son los carbamatos (1,403), en segundo lugar los organofosforados (1,488); en otro estudio de subregistro de intoxicaciones se conociò que sòlo e123% de las intoxicaciones que ocurrieron en este mismo periodo eran captadas por e] sistema de saluti, habiendo un subregistro muy importante de 77%. En el cultivo de algodòn y granos bàsicos,especificamente maiz, es donde se intoxican mas personas (323 y 1076 respectivamentc) y los meses en que mas ocun-en es de junio a octubre (2,883),el plaguicida lo acostumbran poner en la pianta de maiz, con la mano sin niguna protecciòn, mientras que en el algodòn lo hacen con avionetas. Quienes mas se intoxican son los homhres (87%) y

las mujeres (13%); las intoxicaciones mas frecuentes son de tipo laboral,2097 (55%), de tipo accidental 25 I (7%), no indicado la causa 1347 (35%) y tentativa de suicidio 109 (3%), para un total de 3,806 casos. Algo que llama mucho la atenciòn, son las intoxicaciones en nifios, de 532 nifios que se intoxicaron, 57% casos fueron de tipo laboral, no indicado 36%, accidental no laboral 6% y tentativa de suicidio 1%. Segùn el tipo de productores, las intoxicaciones fueron, 39% para privados pequenos,24%para coopcrtivizados,18% para productores estatales, 14% par privados grandes y 4% para otras denominaciones.

En 2,722 (71,5%) de casos que estaba indicada la aplicaciòn de atropina, no se aplicò, solo en 1084 (28.5%) si se aplicò atropina, esto nos demuestra la falta de experiencia de los médicos recien egresados, teniendo que capacitar cada allo al personal medico que llega a las unidades de salud municipales.

En otro estudio realizado en el aeròdromo agiicola de Chinan-dega, se analiòo e] agua de los pozos adyacentes a la pista, pozos de la comunidad aledafia del lado oriente del aeròdromo y un pozo artesiano de] lido sur, de agua potable de la ciudad. Los anàlisis del agua se rcalizaròn en el Laboratorio Nacional de Agroquimicos de Suecia y los organoclorados se analizaron en el Centro Nacional de Higiene y Epidemiologia de Nicaragua, los organofosforados en el Matadero vacuno de Ifagan, (ver tabla adjunta) También se analizò la enzima colinesterasa sanguìnea en nifios de la comunidad vecina, tornando tomo testigos un grupo de nifios de una comunidad mas alejda; los resultados fueron, que el 21% de los nifios vecinos tenian cifras bajas de colinesterasa y ninguno de los nifios de la comunidad alejada.

Los trabajadores de la empresa minera de Mina Limòn, al aorte de Leòn, laboran en ambiente de mucho riesgo, en un mismo puesto de trahajo estàn expuestos a calor hùmcdo de 50 grados centigrado, ruido 100 dB, vibraciones, posiciones incòmdas y mala iluminaciòn, asi coma, jornada laboral de 6 - 8 horas contìnuas, sin àrea de descanso confortable. Laboran en turnos de 8 horas; la patologia predominante es la perdida de la agudeza auditiva 75%, bronquitis crònica 30%, silicosis 3%, dermatosis de contatto, artrisis crònica, artosi de miembros superiores, inferiores y de la columna, hipertensiòn arteria] e infecciòn urinaria, problemas visuales; accidentes menores y mayores, y accidentes que les provocan invalidez parcial permanente y tmbién mortales. EI Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS), no reconoce las artrosis tomo riesgo profesional, asi conio, otras patologias de naturaleza laboral.

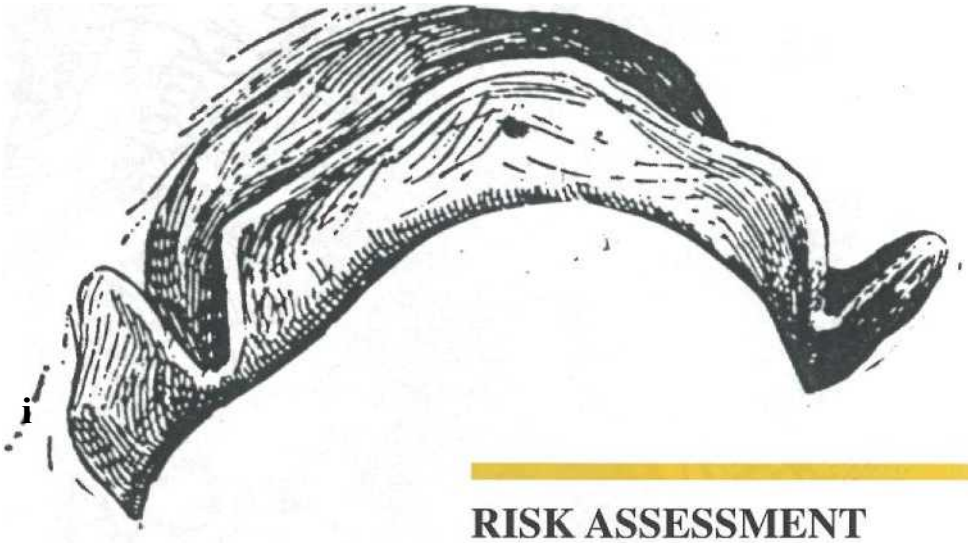
En Leòn existen dos plantas productoras de energia eléctrica, una a vapor y otra con energia volcànica, la primera es mas riesgosa que la segunda. También en Chinanadega hay otra que es con energia de bunker. En resumen un 90% de las pocas industria de Leòn y Chinandega, poseen maquinarias antiguas, que fueron adquiridas en paises donde se prohibiò su uso por obsoletas.

En Nicaragua, salo existen dos médicos especialsitas en medicina del trabajo, que laboran para el Ministerio de Salud, uno en Managua a tiempo parcial y otro en Leòn a tiempo completo. Hay uno quc trabaja para el INSS y otro para la universidad de Leòn? Técnicos superiores gradiados en Higiene, solamente hay uno en Leòn y otro en Chinandega, las unidaes de salud municipales, stilo tienen técnicos, en su gran mayoria empìricos , pero con grandes deseos de capacitarse mejor para asumir su trahajo con mejor calidad.

Esperamos de SNOP, su apoyo solidario, para hacer avanzar la Salud Ocupacional en nuestro pais, lo trabajadores laboran en situaciones muy dificiles y pe]igrosas. La tabla de validaciòn de las enfermedades ocupacionales es muy antigua y muchas de las enfermedades ocupacionales no son aceptadas corno tal, por el Instituto de Seguridad Social (1NSS).

**Feliciano Pacheco** A.
*Medico del Trabajo*
*Ministerio de Salud Leòn*





# RISK ASSESSMENT OF WORK ACTIVITIES

## Experience of a superintending specialist ispector in Great Britain

**Introduction**

Workplace health and safety Iegislation in Britain goes back to 1802, but it was not put iato effect until the appointment of the factory inspectors **in** 1833. Social pressure broadened the scope of their activities and also led to inspectorates in other industries (mines, agriculture, etc). In 1975 these inspectorates were brought together in a single centralised national body ,the Health and Safety Executive, under the direction of the Health and Safety Commission, whose members were drawn from industry, trade unions and local authorities. Inspectors **in** the local authorities Public Health Departments continued to enforce health and safety legislation in the commerciai sector.

Risk assessment of work activities is nothing new: it has been re-emphasised in legislation derived from EC Directives, but it is an innate part of inspection. **In** Britain s i ace 1975 there has been a tendency toenact risk based ]egislation which has in some ways served as a model for EC Directives.

Before the passing of the Health and Safety at Work etc Act 1974, British legislation was very similar to that in Italy: specific, detailed and with many gaps. Unlike Italy, British legislation did not impose generai

duties on employers towards their employees. The absolute duties imposed by the primary legislation could be modified to suit particular industries or processes by means of Regulations or, to suit the circumstances in particular workplaces, by means of Special Exemption Orders.

The Robens Commission was set up in 1970 to consider "the provision made for the safety and health of persons in the course of their employment" and to consider whether further steps should be taken to safeguard the public from work activities. It reported[1] in 1972 and the legislative and structural reforms it proposed followcd soon after, with the Health and Safcty at Work etc Act 1974 and the creation of the HSC and HSE in 1975. The Robens argument was that there was too much law, and that this mass of detailed legislation created a passive attitude amongst employers. **it** proposed simpler legislation imposing generai duties, and mach more participation by the social partners. It considered there was a natural unity of interest between employers and employees in health and safety and not, as some critics[2] of Robens believed, a fundamental contlict.

The HSW Act applied to all industries and all work activities. it imposed generai duties on employers towards employees and the public, on employees towards themselves and others, and on suppliers of work equipment and substances. Regulations could be, and were, made to deal with specific risks , but have tended to be drafted to have generai application to all sectors and to be "goal based" prescribing the ends, not the means.

The Act also gave inspectors new powers, similar to "Diffida": ImprovementNotices , Prohibition Notices, and deferred Prohibition Notices, forms of adniinistrative sanction with legai force. They have been criticised, as "institutionalised tolerance of non compliance"[33] ,in a manner similar to the criticisms by Magistrates in Italy of the powers of "Diffida". However inspectors saw their usefulness and employed thcm with increasing frequency.

**Form of Regulations after Rohens: Control of Substances Hazardous to Health Regulations (COSHH) 1988**

These Regulations, long in preparation and subject,as are all Regulations , gu idance and Approved Codes of Practice (ACOP) to a lengthy consultative process are a good example of the new approach. They replaced a large number of Regulations on spccific industries and processes and also served as a modei for the British negotiators during the deveiopment of the DG5 Directives. They require the employer to consider the risks arising from his work activities in the following ways:

- assess the risk arising from tbc use of a substances or its presente during or as the result of a process
- consider the possibility of substitution with a safer substance or changing the process
- contro] the risk using control measures applied to the process, maintain them and monitor their effectiveness
- provide employees with personal protectiveequipmentif control measures are not reasonabiy practicable or not entirely effettive
- in certain cases (when the damage to health if control measures fail is significant or when it is difficult to check if they are effettive) monitor the exposure to the substance
- in certain cascs provide health surveillance
- inforni, instruct and train employees.

This approach is not easy, particularly for small emnployers who have found it difficult to decide how much to do or what sort of hazard and what level of risk thcy are creating and in particular how to carry out a suitable assessment which meets the requirements of the Regulations. Many firms havc turncdto consultants, and some have found them costly and therr reports of variatile quaiity. HSE has pubiished guidance on assessment and guidance and ACOPs for particular sectors on the main hazards, the level of risk, and practical ways to control them[4].

COSHH has been modified on a number of occasions to adopt EC Directives, eg 891 677 and 901394 (carcinogens) and 901697 (biological agents).

**Effect on Inspeetion**

This has been mixed. Most of the old prescriptive legislation continued in force **in** the 1970's and 1980's. Inspectors had recourse to both the well understood specific requirements of the old law and the new generai duties. The new administrative sanctions were employed with enthusiasm. The Safety Representatives Regulations 1978 led to a vigorous programme of training of a network of workplace safety representatives by the Trades Union Congress and trades unions. The generai duties enabled inspectors to explore systems of work andorganisational issues and to enforce improvements. The concept of management of health and safety became established during the 1980's and management audits were carried out on a growing number of large firms.

HSE's role in risk assessment varies according to the industry and the risk from the issuing of iicenses, without which the plant cannot be operated (nuclear industry) to the formai acceptance of a safety case (offshore industry) to the assessment of a safety report (major hazards) to ensure that it meets the requirements of the legislation. The principle remains, in all cases, that the employer has the primary responsihility for assessing the risk andfor taking appropriate action.

Employers have duties to carry out other types of assessment,forexampleexposure of employees to noise, to substances hazardous tehcalth,of the risk from manual handling of ]oads. In these cases the employer carries out the assessment or gets a consultant to do all or part of it, following the steps outlined above. An inspector finding that a firm has not carri ed oui the necessary assessments may issue a Notice requiring it to be done. If the assessment appears insufficient, the inspector can ask for **it** or parts of it to be done again. If there is some uncertainty inspcctors can cali on their speciaiist colleagues to consider the assessment and ifnecessary carry outtheirown assessment involving air monitoring, noise mcasurements etc and give an opinion on the leve) of risk and the prccautions necessary.

## EUROPEAN

**EC Directives and the new type of Legislation**

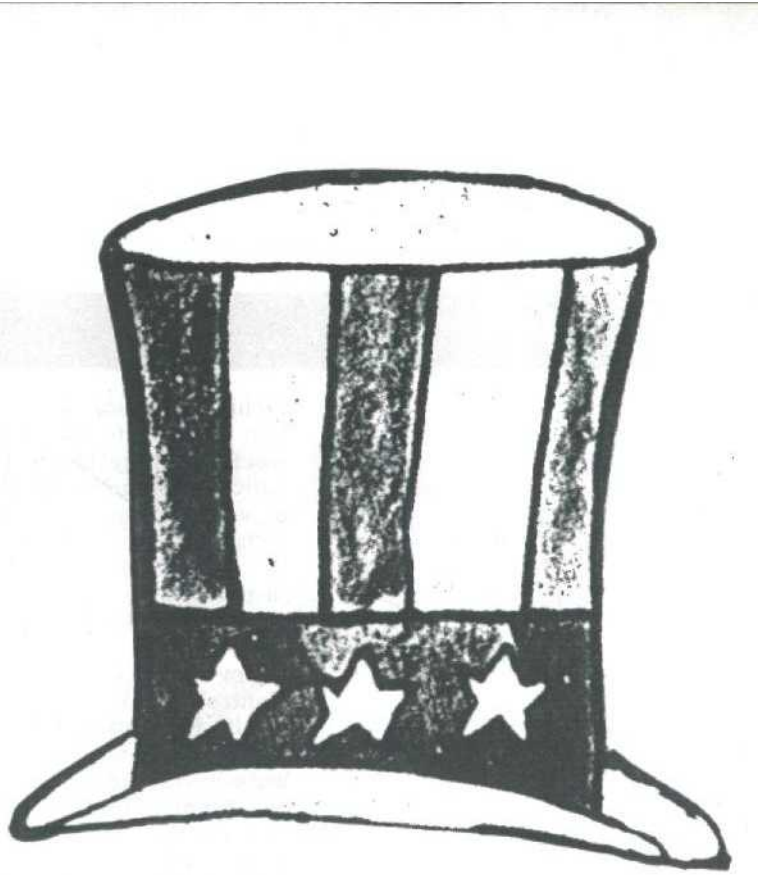
The EC framcwork Directive and Directives on the Workplace (891391, 891654, 891 655, 901269, etc) are a mixture of the post Robens goalsetting, risk based legislation and the more prescriptive legislation current in other member states. Most have been enacted in the UK, and used as a means of further rationalising and abolishing old legislation, The resulting Regulations in the UK, known as the "six pack" follow the Directives fairly closely, while taking finto account older UK legislation which could not (for legai reasons) be abandoned. fit i s hard to predict what differente the new legislation will make. The HSE view is that the additional specific requirements (eg in the Workplace Health and Safety Regulations, enacting 891654) merely make cxplicit what was always imphcit and enforceable, **in** carlicr UK legislation. More significant is the attitude of govcrnment towards regulation. Followingarecentgovern nental review of rcgulation there is greater emphasis on proportionality, consistency and transparency both in legislation and in its enforcement.

**Rosy Edwards**

**References**


1. Lord Robens (1972) Safety and Health atWork,ReportoftheCommittee 1970-1972, Cmnd 5034, London HMSQ.
2. Nichols & Armstrong (1973) cited in Wolfson, Charles (1994) "Deregulation; the politics of Health and Safety". A report prepared for the STUC in conjunction with the International Centre for Trades Union Rights, Computing Services (University of Glasgow) Limited.
3. Carson (1982) cited in Wolfson, Charles, above.
4. **HSE** (1993): A Step by Step Guide to COSHH Assessment, HSE Books.
5. **HSE** (1994): Review of Health and Safety Regulation, Main Report, HSE Books.
6. HSE (1994): Review of Health and Safety Regulation - Summary of Findings and of the Commission's Response, HSE Books.


MATERIALI DI LAVORO



# OSHA CHECKLIST

**Strumenti messi a punto dall'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) degli Stati Uniti per l'individuazione e la prevenzione delle attività lavorative pericolose per l'apparato muscolo-scheletrico**

Le check-list messe a punto dall'OSHA, ancora in forma di bozze e quindi suscettibili di modifiche, sono state concepite come strumenti da utilizzare preliminarmente alla valutazione del rischio da parte di personale esperto dei processi lavorativi coinvolti (per es. ispettori del lavoro, datori di lavoro) anche se non particolarmente specializzato nel campo dell ' analisi ergonomica.
Ulteriori informazioni riguardo l' uso delle checklist è opportuno siano cercate nel lavoro originale', di cui il presente documento è la traduzione essenziale e non ufficiale.

**ISTRUZIONI PER COMPLETARE LE CHECKLIST**

Le seguenti checklist offrono un metodo rapido per identificare alcuni importanti fattori di rischio che contribuiscono a determinare i disturbi muscolo-scheletrici.
Queste checklist sono usate per identificare i lavori che richiedono una rapida modifica o una più approfondita analisi del lavoro.
**Checklist A** è usata per individuare i fattori di rischio per l'estremità superiori (mani, polsi, braccia, spalle, collo)
**Checklist B** è usata per individuare i fattori di rischio per la schiena e gli arti inferiori.
**Checklist C** è usata per valutare le operazioni di movimentazione manuale. l punteggi di questa checklist sono usati nel checklist **B.**

PER **COMPLETARE** LE **CHECKLIST** DEI **FATTORI** DI **RISCHIO OSSERVA** LE **SEGUENTI FASI**
Fase 1.Indica nello schema informazioni generali: data dell'analisi, tipo di lavoro svolto, reparto, nome del lavoratore e dell'analista ed eventuali commenti su ogni checklist. Leggi attentamente la descrizione di ogni checklist.
Fase 2. Se il lavoratore effettua più di un compito importante, elenca ogni compito nell'apposito spazio.
Fase 3. Valuta la quantità di tempo che il lavoratore passa nell'effettuare il compito. Se il lavoro descritto consiste in più di un compito, sarà necessario stimare le ore che il lavoratore impiega per ogni compito, stima successivamente le ore per ogni fattore di rischio associato con il compito. Per sforzi o posture incongrue, stima i] tempo passato in attività statiche e ripetitive.
Fase 4. Segna il punteggio del fattore di rischio nella colonna C o D del checklist A e B. Se il lavoratore svolge compiti che comportano l'esposizione al fattore di rischio per più di 8 ore al giorno, segna il

punteggio nella colonna D e aggiungi 0,5 punti per ogni ora in più che il lavoratore fa, esposto a quel fattore di rischio, e registra il totale nella colonna F.

**Fase 5.** Introduci il punteggio segnato della colonna C o D (aggiungi i valori anche nella colonna E) nell'apposito spazio della colonna F.

**Fase 6.** Completa questo processo per tutti i fattori di rischio nelle checklist A e B.

**Fase** 7. Completa la checklist C e registra il punteggio nell'apposito spazio per movimentazione manuale in fondo al checklist B.

**Fase 8.** Aggiungi i punteggi del fattore di rischio nel punteggio totale di ogni checkli st. Registra ogni totale nell 'apposito spazio.

**Fase 9.** Se il punteggio delle checklist A o B è superiore a 5, il lavoro presenta dei pericoli.

Non sommare i punteggi delle checklist A e **B.**


**Bibliografia**

1. S. Schneider. OSHA's Draft Standard for Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders. Appl. Occup. Environ. Hyg. 1995; 10(8): 665-676.


*Traduzione a cura di:* ***R.*** **Tartaglia**

**Tabella I - Spiegazione dei fattori di rischio segnale**

| Fattore di rischio segnale | Spiegazione |
|---|---|
| Effettuazione dello stesso movimento o insieme di movimenti ogni pochi secondi per due ore continuativamente o per un totale di **4** ore, incluse le pause previste | Lavoro richiedente ripetizione rapida dello stesso movimento, che modifica le parti del corpo che svolgono l'azione. Parti del corpo che possono essere colpite: dita, braccia, collo, ginocchia, caviglie |
| Posture di lavoro fissa non supportata o incongrua per più di l ora continuativamente o per un totale di **4** ore, incluse le pause previste | Postura fissa non supportata che comporta il tenere le braccia, la schiena, o i piedi nella stessa posizione senza supporto<br>Postura incongrua diviene un fattore di rischio quando il polso o il collo è marcatamente piegato; il gomito è lontano dal corpo (indica un movimento delle spalle); la schiena è flessa, estesa o piegata di lato; le ginocchia sono flesse per inginocchiarsi o accovacciarsi |
| Uso di strumenti vibranti o a percussione o di equipaggiamenti per più di l ora di uso continuo o per un totale di 2 ore, incluse le pause previste | • Lavori che comportano l'esposizione a vibrazioni per uso di strumenti manuali<br>• Vibrazioni trasmesse all'intero corpo quando si lavora su carri o cori macchine pesanti |
| Uso di forza delle mani per più di 2 ore, incluso le pause previste | Tenere in mano un oggetto che pesa **4,5** Kg o più<br>Afferrare tra pollice ed indice un oggetto con 0,90 Kg o più di forza |
| Movimentazione manuale non assistita frequente e con sforzo | Sollevare più di **15,8** Kg in una postura incongrua<br>• Sollevare più di **15,8** Kg vicino al corpo per più di 25 volte<br>• Sollevare più di **6,8** Kg o più a 60 cm davanti al corpo per più di 25 volte<br>• Sollevamenti ripetuti superiori a **4,5** Kg per più di l ora<br>• Spingere o tirare con più di **9** Kg di forza per più di l ora |

La rilevazione di fattori di rischio segnale *deve* essere intesa come una rapida valutazione mentale effettuata da personale che conosce il ciclo lavorativo; non richiede una analisi precisa dei tempi e metodi.

**Esempio di modalità di raccolta dei dati nel caso di più compiti svolti o della presenza di più fattori di rischio per compito**

| Compito | Tempo stimato (ore) | Fattore rischio (ore) | Tempo esposizione (ore) |
|---|---|---|---|
| Assemblaggio | **6** | Ripetizione | 5 |
| | | Postura incongrua spalle | 5 |
| | | Forza tra pollice e indice | 2 |
| | | Piega il collo | 2 |
| Lavoro al microscopio | l | Piega il collo | |

| Checklist A - Fattori di rischio estremità superiore | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A | B | C | D | E | F |
| **Categoria rischio** | **Fattore di rischio** | | **Tempo** | | **Punti** |
| | | 2-4 ore | >4a8 | >8 | |
| RIPETITIVITÀ (DITA, POLSO, GOMITO, SPALLE O COLLO) | **Movimenti identici o simili svolti ogni pochi secondi** movimenti o insieme di movimenti che sono ripetuti ogni 15" o meno (l'uso di tastiera è conteggiato al di sotto come un fattore di rischio separato) | I | 3 | | |
| | **Attività ripetitiva intensa** considera separatamente da altre operazioni ripetitive e comprendi le attività ripetitive con ritmo elevato e stabile come ad esempio l'inserimento dati | I | 3 | | |
| | **Attività ripetitiva intermittente** l'attività di inserimento dati è alternata con altre attività nel 50-75 % del lavoro | 0 | I | | |
| FORZA DELLA MANO (RIPETITIVA O STATICA) | **Stringi con** il **palmo della mano un carico superiore** a **4,5 kg** tieni un oggetto pesante più di 4,5 kg o afferra con forza con tutta la mano | I | 3 | | |
| | **Presa tra pollice e indice superiore a 0,90 kg di peso** presa di 0,90 kg, forza di pressione necessaria per aprire una serratura a pulsante di una borsa | 2 | 3 | | |
| POSTURA INCONGRUA | **Inclina lateralmente o flette-estende** il **collo** estensione > 5°; flessione > 20°; inclinazione laterale > 20° | I | 2 | | |
| | **Spalle: braccia non supportate o gomito sopra metà altezza del tronco** non ha la possibilità di appoggiare gli avambracci per svolgere lavori fini con le dita o mantiene i gomiti alti al di sopra della metà dell'altezza del tronco | 2 | 3 | | |
| | **Avambraccio: rapida rotazione** ruota l'avambraccio o ruota con resistenza **un** utensile come nel caso dell'uso manuale del cacciavite | I | 2 | | |
| | **Polso flesso per più di 20° o esteso per più di 30° o deviato lateralmente** | 2 | 3 | | |
| | **Dita** forza nella presa per controllare o tenere un oggetto (es. tagliare con un coltello, usare un mouse di personal computer) | 0 | I | | |
| DEFORMAZIONE DA CONTATTO | **Comprimi con la cute oggetti di consistenza dura** include contatto palmo, dita, polso, gomito ed avambraccio | I | 2 | | |
| | **Usi** il **palmo della mano come un martello** | 2 | 3 | | |
| VIBRAZIONI | **Vibrazioni localizzate** es. uso del trapano | I | 2 | | |
| | **In piedi o seduto su superfici vibranti** es. seduto alla guida di un muletto | I | 2 | | |
| AMBIENTE | **Illuminazione** incapacità dl vedere chiaramente Io schermo di un personal computer | 0 | | | |
| | **Temperature fredde** mani esposte a temperature inferiori a 15,5° C nei lavori sedentari, a 4,4° C nei lavori leggeri, a **-6,6°C** nei lavori moderati/pesanti; corrente di aria fredda sulle mani | 0 | | | |
| RITMO DI LAVORO | **Nessun controllo sul ritmo** ritmo della macchina, dei pezzi, monitoraggio costante o giornaliero; introduci I se è presente solo uno dei suddetti fattori di controllo o 2 se ne è presente più di uno | | | | |
| **Punteggio totale checklist A** | | | | | |

| **Checklist B - Fattori di rischio per l'arto inferiore e schiena** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| A | B | C | D | E | F |
| **Categoria ri sc hio** | **Fattore di rischio** | | **Tempo** | | **Punti** |
| | | 2-flore | **>4a8** | >8 | |
| POSTURA INCONGRUA (ripetitiva o statica) | **Lieve flessione o inclinazione laterale del tronco superiore a 20° ma inferiore a 45°** | I | 2 | | |
| | **Accentuata flessione in avanti del tronco superiore a 45°** | 2 | 3 | | |
| | **Estensione del tronco** | I | 2 | | |
| | **Torsione del tronco** | 2 | 3 | | |
| | **Postura seduta senza adeguato supporto lombare** (la schiena non è stabilmente supportata da un supporto lombare per un lungo periodo) | I | 2 | | |
| | **Postura in piedi fissa o inadeguato supporto per** i **piedi in postura seduta** in piedi in un posto di lavoro (linea di assemblaggio o controllo) senza opzioni di scelta postura sedutalin piedi o movimento, i piedi non sono supportati quando sei seduto | 0 | | | |
| | **Inginocchiamento o accovacciamento** | 2 | 3 | | |
| | **Flessione ed estensione ripetitiva della caviglia** usare un pedale per attivare o bloccare una macchina (es. macchina da cucire) | I | 2 | | |
| DEFORMAZIONE DA CONTATTO | **Pressione della cute con oggetti di consistenza dura** compresi la compressione delle gambe | I | 2 | | |
| | **Usa** il **ginocchio per battere o spingere** | 2 | 3 | | |
| VIBRAZIONI | **In piedi o seduto su superfici vibranti** seduto alla guida di un muletto | I | 2 | | |
| SPINGI/TIRA | **Carico moderato(I)** | I | 2 | | |
| | **Carico pesante(2)** | 2 | 3 | | |
| RITMO DI LAVORO | **Nessun controllo sul ritmo di lavoro** Ritmo della macchina, dei pezzi, monitoraggio costante o giornaliero; introduci I se è presente solo uno dei suddetti fattori di controllo o 2 se ne è presente più di uno | | | | |
| Punteggio movimentazione manuale (checklist C) | | | | | |
| **Punteggio totale checklist B** | | | | | |

I. Carico moderato = Kg. **9** di forza iniziale per spingere o tirare un oggetto, così come un carrello con 5 scatole di 18 kg. (90 Kg)

2. Carico pesante = Kg. 27 di forza iniziale per spingere o tirare un oggetto

**Checklist A (o B) - Fattori di rischio estremità superiore**

Data_____

Lavoro_____

Reparto

Lavoratore

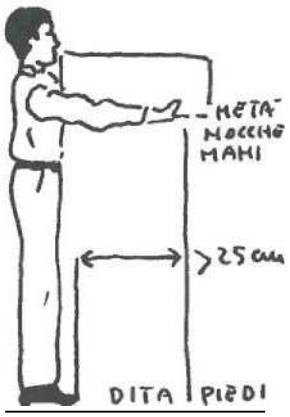
Analista

Eventuali commenti

**Checklist A (o B)**

| **Compito** | **Fattore rischio** | **Tempo totale** |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

## Checklist C - Movimentazione manuale

| **Fase I**<br>- usa una distanza media orizzontale se un sollevamento è effettuato ogni I O min.<br><br>- usa la maggior distanza orizzontale se passa più di I O min. tra un sollevamento e l'altro | SOLLEVA VICINO AL CORPO<br> <br><br>**O-10** cm(<br>**DITA Pie** PI | SOLLEVA A MEDIA DISTANZA<br> <br><br>ber<br>DtA?lei)! | SOLLEVA LONTANO DAL CORPO<br>  <br> |
|---|---|---|---|
| **Fase 2**<br>- usa un peso medio se il sollevamentoèfattoogni 10min.omeno<br><br>- usa il peso più alto se il tempo tra i sollevamenti è superiore a I0 min. fatto<br><br>- introduci O se il peso è meno di 4,5 kg | ZONA DI PERICOLO<br>più di 23,1 kg<br><br>5 punti | ZONA DI PERICOLO<br>più di 15,8 kg<br><br>**6** punti | ZONA DI PERICOLO<br>più di 12,7 kg<br><br>**6** punti |
| | ZONA DI ATTENZIONE<br>tra 7,7 e 23,1 kg<br><br>3 punti | ZONA **DI** ATTENZIONE<br>tra 5,4 e 15,8 kg<br><br>**3** punti | ZONA DI ATTENZIONE<br>tra 4,5 e 12,7 kg<br><br>3 punti |
| | ZONA DI SICUREZZA<br>meno di 7,7 kg<br><br>O punti | ZONA DI SICUREZZA<br>meno di 5,4 kg<br><br>O punti | ZONA DI SICUREZZA<br>meno di 4,5 kg<br><br>O punti |

Punteggio Fase 2

| **Fase 3** | **Fattore** | **A**<br>**Sollevamenti occasionali effettuati per I ora o meno per turno** | **B**<br>**Sollevamenti effettuati per più di I ora per turno** |
|---|---|---|---|
| | Torsione del tronco durante il sollevamento | | |
| | Solleva con una mano | I | 2 |
| | Solleva carichi instabili (persone, liquidi, o con distribuzione ineguale del peso | I | 2 |
| | Solleva tra I e **5** volte al minuto | I | I |
| | Solleva **5** o più volte al minuto | 2 | 3 |
| | Solleva sopra le spalle | I | 2 |
| | Solleva sotto all'altezza dei ginocchi | I | 2 |
| | Porta oggetti tra 3 e **9** metri | I | 2 |
| | Porta oggetti superiori a **9** metri | 2 | 3 |
| | Solleva da seduto o inginocchiato | I | 2 |

**Punteggio Fase 3**
**Punteggio totale Fasi 2 e 3,** introduci il punteggio totale nel checklist B

# MATERIALI A BOLOGNA

Facciamo una breve rassegna dei principali materiali di lavoro su comparti e 626, presentati al Convegno di Pieve di Cento ed i riferimenti per averli. Tutti questi materiali sono caratterizzati dall'analisi dei rischi e pericoli specifici peri vari cicli produttivi e le lavorazioni e soprattutto i principali provvedimenti e le soluzioni per affrontare ed eliminarli.
La redazione recensirà sul prossimo numero gli altri materiali che saranno pervenuti.

## ALBERGHI

Rischi lavorativi nel comparto alberghiero: presentazione di una **check-list** per /'autovalutazione aziendale
a cura degli SPISAL e del PMP delle ULSS 11 e 12 Venezia
tel. 04 1 /529555 5

## AUTOCARROZZERIE

**Guida** alla valutazione dei rischi nelle botteghe artigiane di riparazione di autoveicoli a cura dei servizi di Firenze, Siena e Viareggio
rif. Flavio Borgogni Azienda USL 7 Siena
tel. 0577/586670 - fax 0577/40411

**Manuale** illustrato della Collana Impresa Sicura
a cura di EBER (Ente Bilaterale Emilia Romagna)
tel. 051/552422 - fax 051/551779

## EDILIZIA

**Quaderno di cantiere**
Gruppo nazionale di lavoro SNOP edilizia e Servizio della Provincia Autonoma di Trento
rif. Flavio Coato (Bussolengo)
tel. 045/6769427 - fax 045/6700347
Ezio Tranquillini (Trento)
te]. 0461/894501 - fax 0461/894540

**Guida** all'igiene del lavoro in edilizia
a cura del Servizio di medicina del lavoro - Azienda n. 1 Trieste. in collaborazione con il Comitato Paritetico territoriale per la prevenzione degli infortuni, l'igiene e l'ambiente di lavoro per la Provincia di Trieste. tel. 040/364380 - fax 040/632429

## GRAFICA

**Elementi di conoscenza** da considerare per la valutazione del rischio nelle piccole e medie imprese grafiche con particolare riferimento a quelle con stampa tipografica e offset.
A cura degli operatori della Azienda Usi n. 31 Lombardia, dell'Azienda USL di Firenze e dell'Istituto Tecnico Industriale e Istituto Professionale Industria e Artigianato "Leonardo da Vinci" di Firenze
rif. Azienda USL di Firenze - Servizio di Medicina del lavoro
tel. 055/4224407 - fax 05514224405

**Video** e materiale sul progetto Sub -Sprint
rif. Paola Bertoli

## IMPRESE DI PULIZIA

**Suggerimenti** metodologici per la valutazione dei rischi
a cura di Battista Magna
UOTSLL - Azienda USL n. 40 Milano
tel. 02148706965 - fax 02/48706953

## LAPIDEI

Manuale del gruppo di lavoro SNOP
rif. Rita Ansuini USL 12 Viareggio
tel. 0584/791580 - fax 0584/792065

Lavorazione di materiali lapidei: **questionario** di autovalutazione
a cura dei servizi delle aziende USL 20 e 22 del Veneto
rif. SPISAL USL n. 22
tel. 045/6769427 - fax 045/6700347

## LAVANDERIE A SECCO

Lavanderie a secco: **tutto quello** che avreste voluto sapere sulle lavanderie a secco e non avete mai chiesto. ma dovete sapere.
A cura di Silvana Salerno - ENEA e di Ardiana Donati Azienda USL
RMA rif. tel. 06/84382829

**Manuale** illustrato della collana Impresa Sicura.
A cura dell'EBER (Ente Bilaterale dell'Emilia Romagna)
tel. 051/552422 - fax 051/551779

## LEGNO

**Linee guida** per la valutazione dei rischi nel comparto:
1 e Il lavorazione del legno
a cura del gruppo nazionale di lavoro "Comparto legno"
rif. Servizio igiene pubblica, ambientale e tutela della salute nei luoghi di lavoro
via Stelvio 35/A - 23100 Sondrio
tel. 0342/521111- int. 435
Bruno Pesenti e Maurizio Boffelli
tel. 035/711071 - fax 035/714668

## METALMECCANICA

**Indicazioni e soluzioni** tecniche per la sicurezza e l'igiene del lavoro nelle officine meccaniche.
A cura dei servizi di Medicina preventiva e Igiene del lavoro
dell'Azienda USL di Reggio Emilia
te]. 0522/295742

Macchine utensili per la lavorazione dei metalli: **promemoria** per le verifiche di sicurezza
a cura della UOTSLL Azienda USL di Legnano
tel. 0331/449379

**Indagine e questionario** di autovalutazione nel settore metalmeccanico.
A cura dello SPISAL dell 'Azienda USL di Vicenza
tel . 0111/992313 - fax 0444/511 I27

**Manuale** illustrato della Collana Impresa Sicura
a cura di EBER - Ente Bilaterale Emilia Romagna
tel. 051/552422 - fax 051/551779

## PARRUCCHIERI ED ESTETISTI

Prevenzione delle malattie infettive nel settore estetico:
**Schede** di aggiornamento professionale per parrucchieri .barbieri ed estetisti e Stop ai patogeni, **Video VHS** di 16 minuti.
A cura dell'Ufficio Educazione sanitaria dell'Azienda USSL 21 di Mantova - viale Piave 28 - 46100 Mantova
tel. 0376/32 1642
Il video è distribuito dalla Agenzia Max media Comunicazione
tel. 0376/559811

**Fac-simile del Documento** di valutazione dei rischi in un salone di acconciature.
A cura della CNA - Piemonte
via Genovesi, 15 - 10125 Torino
tel. 011/5683694

**Schede** di autovalutazione
a cura del servizio di Venezia (per rif. vedi Alberghi)

## SALUMIFICI

**Manuale** illustrato della Collana Impresa Sicura.
A cura di EBER - Ente Bilaterale Emilia Romagna
tel. 051/552422 - fax 051/551779

## TESSILE

**Valutazione** dei rischi nel comparto tessiture e tintostamperie.
A cura della UOTSLL Azienda USL di Coma
tel. 031 /3705 1 9-999304

Comparto stirerie: **rischi.** problemi emergenti e misure preventive.
A cura del Servizio di medicina del lavoro di Carpi (Mo)
rif. 059/659932

## VETRO ARTISTICO

Vetrerie artistiche: **valutazione** dei rischi: liste di controllo
rif. UO medicina del lavoro - zona Empolese
via Barzino, 3 - Empoli
te]. 0571/700077 - fax 0521/700020

**Schede** di autovalutazione
a cura del Servizio di Venezia (per rif. vedi Alberghi)

# L'INAIL E I DATI

Torniamo a parlare della pubblicazione mensile dell'INAIL perché essa rappresenta una vera novità nel campo dell'informazione sui temi dei danni da lavoro. Alle domande poste nel commento del numero scorso non abbiamo ancora avuto risposta. Vedremo come taluni indizi ci spingano ad aumentare le preoccupazioni circa l'utilizzabilità dei dati forniti.

**Cosa dicono** i **dati**

Innanzitutto si deve sottolineare la novità più importante: l'INAIL per la prima volta nella sua storia, elabora i dati riguardanti infortuni e malattie professionali "denunciati" e non ancora "definiti". E questo un punto cruciale sul quale per anni si è stimolato l'ente ad attivarsi. Questo rende totalmente diversa la base di dati da cui attingono queste statistiche da quella per esempio oggetto del DPCM ben noto del 1984, sulla trasmissione di dati dall'INAIL al SSN. I vantaggi di una tale operazione sono evidenti. Si tratta di avere il polso della situazione quasi in diretta; si possono tenere sotto controllo fenomeni come le denuncie di malattie professionali non tabellate, che hanno un iter di riconoscimento molto lungo; si potrebbe controllare molto meglio l'effetto "screening" sulle denuncie di ipoacusie da rumore legato alle conseguenze del decreto 277191; si potrebbe verificare molto più tempestivamente l'efficacia dell'entrata in vigore di nuove normative, quali la nuova tabella delle malattie professionali sull'atteggiamento dei medici certificatori; si potrebbe seguire con più efficacia l'andamento del fenomeno infortunistico, registrandone con più sensibilità eventuali mutamenti, inversioni di tendenza, repentini innalzamenti suscettibili di interventi di prevenzione nei diversi comparti.

L'uso del condizionale è quantomai d'obbligo, perché tutto dipenderà da ciò che l'INAIL saprà (e vorrà) far conoscere dei dati citati. In altre parole, dalle disaggregazioni territoriali che si effettueranno dipenderà l'utilizzabilità di questi dati per programmare le attività di controllo sull'adozione di pratiche corrette di lavoro nelle ditte. Sempre che vengano risolti alcuni problemi circa l'attendibilità di questi dati. Il fatto che l'ultimo anno sia sempre quello meno ricco di eventi può certo significare un "trend" in diminuzione, ma potrebbe anche significare un'incompletezza delle segnalazioni, segata a ritardi di tipo amministrativo.

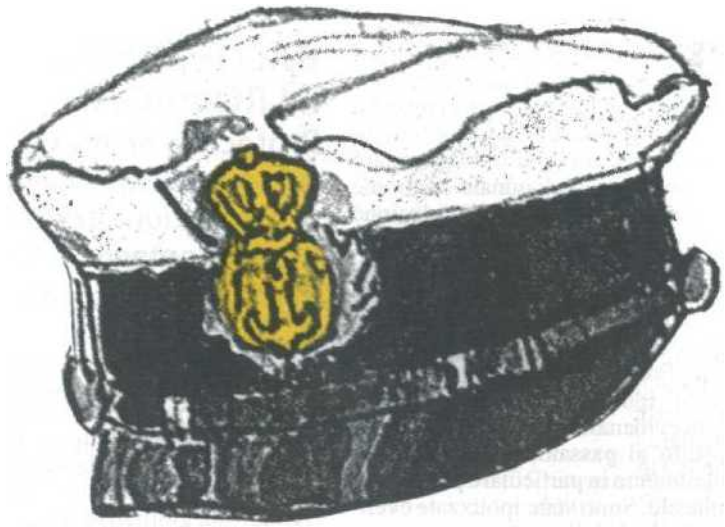
In particolare ci si riferisce per esempio alle tabelle riportate sulla quarta pagina, che aggiornano **in** tempo reale sull'andamento mensile (al mese precedente quello di produzione del bollettino!) di infortuni e malattie professionali. Prendendo quella sugli eventi infortunistici mortali, si assiste ad un "crollo" di tali eventi sia nel settore agricolo (del 40% circa nello stesso mese dell'anno successivo) che in quello industriale (del 8-10%). Ma **in** generale si coglie una riduzione drastica di eventi "accaduti" (infortuni) o "verificatisi" (malattie professionali) in un periodo, quello che va dal 1994 al corrente anno, caratterizzato da un grande rilancio produttivo. S i assisterebbe **in** altre parole per la prima volta alla di varicazione dei due fenomeni, l'andamento della produzione agricola ed industriale, crescenti, e quello di infortuni e malattie professionali, calanti. L'assenza da questi calcoli della "massa a rischio", rappresentata per gli infortuni dalle "ore/operaio" lavorate, fa perdere ulteriore interesse per il trend a livello nazionale, mentre rimane comunque l'interesse a livello locale per l'attenuarsi **in** termini assoluti di un fenomeno così preoccupante come quello degli incidenti sul lavoro.

Per le malattie professionali la tabella più stimolante fra quelle pubblicate finora (siamo al n. 7 del luglio 1995) è quella di pag. 3 del n. 1 del gennaio 1995 , che presenta le malattie denunciate nel periodo 1991-1994 divise fra non tabellate e tabellate. Ebbene mentre le prime sono **in** costante aumento (dalle *5.638* del 1991 alle 9.585 del 1994), le seconde crollano da 48.432 (1991) a 29.327 (1994). Nella didascalia della tabella si aggiunge un sibillino commento, secondo il quale si tratterebbe di dati stimati, anche se non risulta chiaro quali sarebbero gli anni per i quali viene stimata la numerosità degli eventi.

Fenomeni di questa entità (si tratterebbe di diminuzioni nell'ordine del 40% in 4 anni !) meriterebbero immediati studi di approfondimento per chiarire se statistiche descrittive quali sono comunque quelle prodotte dall'INAIL,trovano conferma in studi analitici sugli stessi eventi. Tra tutte le varie voci meritano un ulteriore commento le ipoacusie tabel late che perdono in soli due anni circa 11.000 denuncie sulle 24.000 del 1992, passando alle circa 13.000 del 1994: ciò stupisce, dato anche che l'INAIL nel frattempo ha modificato i suoi criteri di riconoscimento dell'ipoacusia da rumore, rendendo più "facile" il raggiungimento dello scopo della denuncia, che rimane sempre quello dell'indennizzo. Il numero di ipoacusie non tabellate che si mantiene sulle 4.000 nei tre anni dal 1992 al 1994, successivi all 'entrata in vigore del 277/91, fa sì che complessivamente dopo il decreto che avrebbe dovuto indurre una recrudescenza di denuncie per ipoacusia si assista ad un breve aumento di tale numero, limitato al 1992 quando si passa da 26.520 dell'anno precedente, il 1991, a 28.405, per poi calare drammaticamente a 24.765 denuncie dell'anno successivo, fino alle 17.501 del 1994.

In tutto questo, lasciatecelo dire, c'è qualcosa che non torna!

**Alberto Baldasseroni**



# LE FERROVIE NON SCAPPANO PIÙ

## Chiedete e vi sarà risposto: l azienda delle Ferrovie dello Stato è sottoposta ai controlli dei servizi di prevenzione delle Usi (come tutte le aziende)

Come tutti sanno la prevenzione e la vigilanza per l'igiene e la sicurezza sul lavoro presso gli impianti delle FFSS è sempre stata piuttosto complessa.
l DPR 303 del 1956 (art. 63) e 547/55 (art. 2), ribaditi dalla legge di Riforma Sanitaria escludevano i nostri servizi da queste competenze e affidavano questi compiti agli organi tecnici ed ispettivi delle Ferrovie stesse.
La prevenzione degli infortuni sul lavoro in ambiente felToviario è peraltro regolata da una legge specifica del 26 aprile 1974, la numero 191, che recepisce quasi totalmente il "vecchio 547".
La vigilanza su questa legge era affidata (art. 35) congiuntamente all'Ispettorato del Lavoro e al servizio interno delle FFSS.
Una lettura **in** positivo dopo le sentenze della Corte Costituzionale del 1993 è che le competenze siano per così dire transitate ai servizi delle USL. Occorre tuttavia sottolineare che gli aspetti sanzionatori, le procedure di accertamento, verbalizzazione e adozione di provvedimenti sono necessariamente quelli previsti dalla legge 191 del i 974. Tale legge però non è compresa nell'allegato del Decreto Legislativo 758 del 1994.
Nel Decreto 277 del 1991 (amianto! - piombo e rumore ) non vi è alcun cenno sulla esclusione delle FFSS alla vigilanza dei servizi delle USL.
Ciò è stato poi pienamente confermato dal Decreto 626 del 1994.
Le FFSS sono quindi anche statutariamente diventate finalmente una Azienda come le altre. I colleghi di Firenze, da sempre impegnati su questo tema, ci hanno fornito un interessante carteggio che pubblichiamo di seguito.

*Al **Responsabile Servizio 98 della Regione Toscana FIRENZE***

***Alla Procura della Repubblica c/o la Pretura Circondariale di FIRENZE***

***Oggetto:** attività di vigilanza (nel campo dell igiene e la sicurezza del lavoro) presso le strutture dell 'Ente FS (Ferrovie dello Stato)*

*Anche l'entrata in vigore del D. L. 626/94 pone e porrà nei prossimi mesi l'esigenza di definire con la maggiore sicurezza la competenza dell 'Organo di Controllo delle Aziende-Usi rispetto all Ente F.S. Definizione che è stata sospesa di già in altre occasioni, quale ad esempio la profonda trasformazione giuridica della quale è stata oggetto l'Ente F.S. negli ultimi anni.*
*È bene considerare che la definizione di tale problema propone implicazioni di grande portata. Ad esempio per gli stessi operatori dell'Ente F.S. che debbono sapere di dover assumere con decisione il ruolo della "sorveglianza" e non tanto quello confirso, anche sulla base della nuova normativa, della "sorveglianza-vigilanza" ; non trascurabile è poi il fhtto che in alcune realtà, specialmente al di fuori della Regione Toscana, l'Organo di Controllo delle Aziende- USL dovrà potersi attrezzare meglio per svolgere anche questo nuovo compito.*
*Si rimane in attesa di una gentile risposta e si porgono cordiali saluti.*

*Il Responsabile*
***Dr. F. Carnevale***
*15 giugno 1995*

A questa un po' convoluta missiva, curiosamente inviata anche alla magistratura, che in sostanza chiedeva se gli organi di vigilanza delle AUSL erano titolari dei controlli sulla nuova normativa anche all'interno dei luoghi di lavoro dell'azienda F.S., il Ministero della Sanità, interpellato di sponda dalla direzione delle Ferrovie, così stringatamente, ma molto chiaramente, rispondeva da Roma, in data 12 agosto 1995:

***Al Responsabile del V.D.G. Servizi di Gruppo Divisione Sanitario dell'Ente F.F.S.S. ROMA***

***e p.c. Al Responsabile** del S.P.I.S.L. **Azienda USL 10 (ex USL IO/D) FIRENZE***

***e p.c. Al Responsabile del Servizio 98 della regione Toscana FIRENZE***

***Oggetto:** Attività di vigilanza sull igiene del lavoro presso le strutture delle Ferrovie dello Stato.*

*Si risponde alla nota sopracitata di codesto Ente di pari oggetto. Ai sensi della normativa vigente in materia di igiene e sicurezza sul lavoro, spetta al datare di lavoro e, quindi alle Ferrovie dello Stato, tra gli altri oneri, anche quello di nominare il medico competente (D. L.vo 626/94 art. 4 comma 4) per l esercizio della sorveglianza sanitaria e del complesso di azioni previste negli artt. 16 e 17 del decreto a tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori.*
*Si conferma che l attività di vigilanza spetta, ai sensi dell art. 23, alla U.S.L. in ordine alla applicazione della legislazione in materia da parte del datore di lavoro.*

*Il direttore generale reggente*
***(dott. Biagio d'Alba)***

# EUTROFIA IN ADRIATICO: QUALE TENDENZA?

11 28 e 29 settembre 1995 si è svolto a Marina di Ravenna il convegno dal titolo: "Evoluzione dello stato trofico in Adriatico: analisi degli interventi attuati e future linee di intervento", organizzato dalla Regione Emilia Romagna, dalla Provincia di Ravenna e dall'Autorità di Bacino del Fiume Po.

Tra le molte cose dette si evidenzia il fatto che il fosforo presente nelle acque dell'Adriatico ha mostrato un significativo decremento temporale, conseguente alla riduzione della componente fosfatica scaricata nei corpi idrici superficiali derivante in massima parte da:

- riduzione del fosforo nei detersivi (- 5.000 tonnellate all'anno nell'alto Adriatico);
- drastico calo della popolazione suina allevata (- 17%);
- aumento della depurazione degli scarichi;
- miglioramento dell'efficacia depurativa (terzo stadio), in particolare negli impianti costieri;
- diminuzione del fosforo utilizzato in agricoltura.

Le ricerche svolte **in** precedenza - ed i preziosi rilevamenti condotti per decenni dalla "Daphne" - avevano da tempo individuato nel fosforo il principale "fattore limitante" dei fenomeni eutrofici in Adriatico e su questo elemento si erano concentrati gli sforzi volti a limitare gli effetti - a volte davvero imponenti - delle "fioriture algali".

Sembra che gli sforzi non siano stati vani: oltre alla riduzione del fosforo è risultato evidente negli ultimi anni anche il decremento della concentrazione di clorofilla "a" (parametro indicatore del contenuto di fitoplancton) nelle acque del litorale emiliano romagnolo. Le Diatomee continuano a causare fioriture, tipicamente nel periodo fine inverno - inizio primavera, ma ultimamente presentano densità cellulari meno elevate rispetto ai primi anni (gli studi presentati riguardano il periodo 1982-1994) ed è sempre più accentuato il gradiente nord-sud (le maggiori concentrazioni si hanno nelle stazioni settentrionali, direttamente influenzate dagli apporti padani). Per le Dinofl agellate, che hanno avuto nei primi anni '80 la loro massima esplosione , caratteristiche del periodo estivo autunnale, si evidenzia una chiara tendenza alla diminuzione negli ultimi anni: le fioriture sono di minore intensità, più circoscritte nel tempo e nello spazio, con episodi localizzati prevalentemente nell'area settentrionale, e con una tendenza all'aumento del numero delle specie. Anche un anno come il 1995 che ha visto abbondanti precipitazioni atmosferiche - anche estive - (precedute dalle alluvioni del novembre '94) ha sorpreso gli esperti perla modestia delle manifestazioni eutrofiche. E però d'obbligo usare prudentemente il condizionale visto che tra le cause che determinano l'evoluzione dello stato trofico dell'Adriatico, la metcoclimatologia del Bacino Padano cd ' i fenomeni meteomarini risultano essere elementi fondamentali. Insomma, è ancora presto per cantare vittoria, ma le premesse per un miglioramento ci sono!

Per quanto riguarda l'azoto, invece, non sono state evidenziate tendenze significative rispetto al passato, anzi, risulta un certo incremento in particolare per l'azoto ammoniacale. Sono state ipotizzate eventuali evoluzioni della composizione dei concimi - anche se l'azoto complessivo utilizzato in agricoltura è diminuito - o aumenti dei contributi legati al trasporto atmosferico (ipotesi tutte da verificare).

Particolare impegno viene dedicato alla ricerca di specie microalgali potenzialmente tossiche che possono compromettere la commestibilità dei molluschi eduli lamellibranchi - in particolare le cozze - causando sintomatologie diarroiche (D .S .P.) o sindromi neurotossiche (P.S.P.). Dopo la ormai ricorrente *Dinophysis spp.* ne sono comparse altre quali *Alexandrium talnarense* nel 1992 *e Alexandrium minutum e Fibrocapsa sp.* nel 1994.

Le mucillagini ancora rimangono **un** mistero per la scienza visto che si ripresentano in modo ciclico ogni I I anni e non se ne conosce la ragione. Negli ultimi anni, comunque, sono pressoché sparite.

In futuro, oltre a migliorare sempre più la qualità degli scarichi (la città di Milano non ha ancora **un** depuratore!), sarà necessario continuare le ricerche, intraprese aumentando le integrazioni tra ricercatori, uniformando le metodiche di rilevamento e dotandosi di sistemi informatici (banche dati) comuni e accessibili a tutti.

**Roberto Merloni**

# BALNEAZIONE IN ROMAGNA

## Protocollo di intesa sui controlli delle acque di balneazione tra la Regione Emilia Romagna e Goletta Verde - Legambiente

Sono noti i contrasti che insorgono regolarmente tra gli organi di controllo ufficiali (Ausl) e Legambiente ad ogni passaggio di Goletta Verde: i Pmp o i Sip delle Ausl controllano per tutta la stagione balneare le acque di balneazione e non hanno mai riscontri sui giornali se non a fine stagione o all'inizio della stagione successiva; Goletta Verde passa una volta e succede... un finimondo.

Gli operatori "ufficiali" in genere mostrano risentimento, si sentono frustrati e messi in discussione nella loro professionalità da una struttura precaria che non necessita di abilitazioni o di intercalibrazioni. E attaccano presentando le loro consistenti referenze ed esigendo dalla parte avversa dimostrazione di altrettanta professionalità ed esperienza.

**In** questa logica di contrapposizione le polemiche divampano e la tutela dell'ambiente e della salute non ne trae un gran utile.

Anche nel 1994 gli operatori di Goletta Verde hanno rilevato valori microbiologici superiori ai limiti previsti in campioni di acqua di mare prelevati in punti del litorale prospiciente il territorio della Regione Emilia Romagna che dai controlli ufficiali si presentavano conformi alla norma.

Di tali esiti sfavorevoli i Servizi Regionali addetti alla tutela dell'ambiente e della salute pubblica, che effettuano regolarmente i controlli sulle acque di balneazione, sono venuti a conoscenza attraverso gli organi di stampa, che, come noto, riportano tali informazioni in forma estremamente sintetica, incompleta di dettagli utili all'approfondimento di indagine, e tendenzialmente in tono allarmistico.

Dopo le tradizionali schermaglie giornalistiche "a caldo" è stato deciso di privilegiare un sereno confronto tra gli organi di controllo ufficiali e gli operatori di Goletta Verde volto al comune intento del miglioramento della qualità ambientale.

Su nostra iniziativa l'Assessorato alla Sanità ha promosso alcuni incontri, tra i referenti delle Ausl costiere e i responsabili di Goletta Verde e Legambiente.

Ne è emerso che è interesse comune mirare ad interventi di risanamento con proposte derivanti da confronti rispettosi delle proprie autonomie e competenze, cercando di superare le logiche della nera verifica dei limiti tabellari da una parte, e della

denuncia di situazioni anomale dall'altra. Si è quindi convenuto sulla opportunità di impostare un rapporto di collaborazione che preveda un sistematico confronto dei risultati dei rispettivi controlli, una partecipazione congiunta alle rispettive conferenze stampa.
L'obiettivo è di consentire una serena interpretazione dei dati effettuata congiuntamente e con criteri obiettivi. Su tale base si potrà concordare una strategia di approfondimento dell'indagine più razionale. Sarà quindi garantita una maggiore efficacia dell'intervento complessivo.
Il protocollo è stato siglato il 716195 dal Presidente della Regione Emilia Romagna e dal Presidente Regionale di Legambiente e prevede quanto segue:
1. le parti si impegnano reciprocamente a mantenere un accordo alto a garantire un confronto permanente sulle rispettive informazioni in merito alla situazione delle acque di balneazione e ad ogni altro aspetto relativo alla salute dei cittadini residenti e dei turisti;
2. i servizi delle Aziende-Usi costiere si impegnano a fornire a Legambiente in tempi reali, i risultati dei controlli ufficiali eseguiti sulle acque di balneazione, corredati da un breve commento costituito da informazione sulle possibili origini di eventuali fenomeni di contaminazione e sui provvedimenti proposti o da adottarsi . Con le medesime modalità. Legambiente fornirà i dati rilevati da Goletta Verde;
3. le parti si impegnano a promuovere la presenza reciproca alle iniziative informative (conferenze stampa, ecc.)dirette al pubblico per quanto riguarda la situazione rilevata periodicamente nelle acque costiere;
4. la Regione favorirà l'accesso di Legambiente ai dati sulla qualità delle acque dei corpi idrici superficiali.

Per facilitare la trasparenza dei dati, inoltre, l'Assessorato alla Sanità regionale ha istituito un gruppo di lavoro composto da referenti dei Pmp e Dipartimenti della Prevenzione delle Aziende Usi costiere.
Il gruppo di lavoro ha predisposto un bollettino che, in tempi reali (dopo 4-5 giorni dai prelievo), viene trasmesso via fax ai quotidiani e alle televisioni locali, oltre che a Legambiente e ad altre istituzioni interessate. Il bollettino riporta i principali valori analitici riscontrati nei prelievi delle acque di balneazione ed un breve commento sui dati.
Il gruppo di lavoro intende inoltre elaborare i dati pluriennali e predisporre un rapporto complessivo della qualità delle acque di balneazione del litorale per l'inizio della prossima stagione balneare.

**Roberto Merloni**
**Luigi Salizzato**

# SALUTE E SICUREZZA NELLA PESCA

La pesca è tra le priorità di intervento della Commissione Europea per gli elevatissimi tassi di infortunio mortale che sono stati riscontrati, specie nel mare del Nord, al punto da identificarla come l'attività lavorativa più rischiosa del continente.
Questo ha portato, anche nel nostro Paese, diversi gruppi di ricercatori a realizzare progetti di studio e di informazione sulla salute dei pescatori. Ricerche sanitarie sul settore sono in corso da diversi anni all'Università di Padova (prof. G. Mastrangelo) e all' Usi di Chioggia con studi epidemiologici di morbilità e mortalità tra i pescatori di Chioggia. Un lungo lavoro nato per la dedizione di un primario ospedaliero (dr. F. Casson) e sull'entusiasmo di una folta schiera di giovani medici (A. Zucchero, E. Melusa, A. Boscolo Bariga, ed altri), allievi infermieri, associazioni dei pescatori (Fondazione della Pesca) della cittadina lagunare. Per gli aspetti più propriamente tecnologici e naturalistici, ad Ancona operano i laboratori dell'istituto di ricerca sulla pesca marina (IRPEM) del CNR (ing. G. Messina) che da anni si occupano istituzionalmente anche di innovazioni per l'ergonomia delle navi da pesca.
Infine, grazie ai finanziamenti erogati dalla CEE nell'ambito dell'Anno europeo della sicurezza l'Istituto di Medicina del lavoro dell'Università di Napoli (prof. R. Pennarola) ha approfondito l'andamento infortunistico nel settore con una ricerca che si è svolta nei principali porti di pescherecci italiani del Centro-Sud (San Benedetto del Tronto, Mazara del Vallo) e la fondazione Archivio Audiovisivo del Movimento Operaio e Democratico ha realizzato il film *"Sos pesca"*[1] nell'Alto Adriatico (Rimini, Ravenna).
Per fare il punto su questi diversi filoni di indagine, si è quindi tenuto a Chioggia (9-10 giugno 1995) il *"1 ° Convegno Nazionale sulla salute nella pesca"*[2].
Nella prima giornata si sono approfonditi temi generali con la relazione tra progresso tecnologico e sicurezza delle navi da pesca (IRPEM e Istituto Navale Universitario di Napoli), l'analisi (Usi 3 "Genovese") dei diversi ruoli delle istituzioni che operano a contatto con il mare (Usi, Ufficio di Sanità Marittima, Capitaneria) e degli aspetti normativi della pesca. Dalle norme per la sicurezza della navigazione a quella dell'igiene e abitabilità delle navi, a quelle della disciplina della pesca industriale, fino al DLvo 626 e alle direttive 921 29/CEE eli imminente recepimento. Sono state poi analizzate le peculiarità dell'organizzazione del lavoro e della struttura del salario nella pesca a strascico con diretta influenza sulla gravosità delle condizioni del lavoro sui pescherecci (IRPEM) e, infine, è stata descritta una panoramica sull'esposizione al rumore durante il lavoro dei pescatori (IRPEM).
Sono stati poi portati gli ultimi aggiornamenti degli studi epidemiologici dell'Istituto di Medicina del Lavoro di Padova e del l'Usi di Chioggia (Studio trasversale sulle malattie croniche dei pescatori; Studio di coorte e caso-controllo entro la coorte sulla mortalità per cancro polmonare dei pescatori veneti; Studio di follow-up nei pescatori di Chioggia), le ricerche dell'Istituto di Medicina del Lavoro di Napoli (gli infortuni sul lavoro nella pesca e nella "piccola pesca", la qualità della vita dei pescatori campani), i dati dell'IPSEMA sugli andamenti infortunistici della pesca nel mare Tirreno.
Infine, sono state presentate comunicazioni da altri Istituti di Medicina del Lavoro: Palermo (Indicatori biologici di stress in addetti alla pesca di altura) , Cagliari (Patologia osteoarticolare in pescatori del golfo di Cagliari), Genova (Patologie disbariche in pescatori subacquei di mitili), Bari (Effetto dell'Yprite delle bombe gettate nel mare adriatico nell'ultima guerra, che, impregnandole reti, colpisce da molti anni con gravi intossicazioni i pescatori pugliesi).
L'attualità del tema si è rivelata particolarmente stringente per l'entrata in vigore del DLvo 626194 che, per la prima volta, potrebbe portare all'applicazione di normative specifiche per tutelare la salute **sul** lavoro anche nella pesca e, più in generale, nel lavoro marittimo e nella navigazione.
A conclusione del Convegno, un'animata tavola rotonda ha visto confrontarsi sul tema le allarmatissime organizzazioni datoriali (Federcopesca, Federpesca), l'Osservatorio Nazionale della Pesca, la Fondazione della Pesca di Chioggia, la FLAI-CGIL nazionale, lc istituzioni (IPSEMA, Ministero della Sanità), il mondo accademico (Università di Napoli e Padova) e le associazioni tecniche e professionali (AIAS, Napoli).

*G.A. Tozzi*
*Usl 3 "Genovese" tuo. PSAL - Ambito 2*
*via Bonghi 6, 16162 Genova*
*tel. 010-7301456, fax 010-7301487*

**1.** Il videofilm *"Sos pesca"* di Ansano Giannarelli (VHS, 43', col.) può essere richiesto all'Archivio Audiovisivo del Movimento Operaio e Democratico, via F. Sprovieri 14. 00152 Roma (tel. 06-5818442), fax 06-58331365).

2. Gli Atti del *1 °Conregno Nazionale "Salute e Sicurezza nella Pesca"* (160 pagg, 1995) sono editi dalla SGEditoriali, Padova (via Lagrange, 3, 35143 Padova) e possono essere richiesti all'Istituto di Medicina del lavoro dell'Università di Padova (dr. A. Marcato, tel. 04918216659).

## IN UN MARE DI GUAI

Dai dati di Ecomed, Agenzia per lo sviluppo sostenibile del Mediterraneo, emerge come il *mare nostrum.* sia nei guai.
Dal rapporto presentato recentemente e che intreccia i dati del Programma delle Nazioni unite e dei più prestigiosi centri di ricerca internazionali (World Resource, EPA, FAO, ecc .), emerge un' area geografica fortemente sotto stress a causa dell'inquinamento dovuto alle attività umane.
Alcuni dati significativi sulla salute dei Mediterraneo: 600.000 tonnellate di petrolio e derivati (che si depositano poi nei sedimenti marini o diventano tra l'altro il catrame che vediamo sulle spiagge); progressivo accumulo negli animali marini di composti dorati (PCB e DDT) odi metalli pesanti (di derivazione industriale) accumulo stimato centinaia di volte superiore ai valori registrati nelle stesse specie animali dell'Oceano Atlantico; il 93% dci rilevamenti di contaminazione batterica nei molluschi sono superiori ai limiti per il consumo umano, vi è una tendenza alla scomparsa di foreste costiere mentre lo sfruttamento da pesca non viene controbilanciato da nessuna politica di ripopolamento e salvaguardia della fauna marina.
L'agricoltura contamina poi l'ambiente marino, con un troppo elevato carico di azoto e fosforo c per finire il record eli pesticidi per ettaro spetta all' Italia!
Scarse le aree protette e il "disturbo antropico" sullabiodiversitàe la ricchezza delle specie marine è alto nei paesi del bacino del Mediterraneo.
Purtroppo nel summit di Barcellona sulla salute del Mediterraneo gli impegni dei paesi rivieraschi si sono molto "annacquati". L'accordo per l'eliminazione di ogni scarico a mare di sostanze tossiche data il 2005; abbiamo di fronte cioè 10 anni di impunità.
L'Italia che ha un quinto dei chilometri di costa deve assumere un ruolo di più deciso impegno e i servizi di prevenzione che affacciano su questo mare forse dovranno vigilare e informare meglio, oppure questo è appannaggio delle sole golette colorate?
L'esperienza emiliana presentata su queste pagine ne è un esempio. Fateci conoscere le altre esperienze.

**Laura Bodini**

*Rif. Gruppo di lavoro sulle "politiche del mare" della Federazione dei Verdi*
*tel. 06167609188 (Riccardo Canesi)*

## INAIL CI PROVA

È noto che gli operatori della prevenzione sono dotati di molta pazienza, perché operare efficacemente in questo campo vuole anche dire possedere e creare una cultura e questo non si fa da un giorno all'altro.
li Decreto 626 ha messo alla luce la quantità di materiale utile prodotto e presente nei servizi territoriali.
Per fare questo lavoro occorre duttilità, elevata professionalità specifica, curiosità, voglia di studiare (e non certamente solo di guadagnare!!) in un continuo confronto culturale di idee e metodi di lavoro e in una costante opera di presenza, vigilanza e confronto con le aziende di tutti i settori produttivi e di servizio.
La coscienza di tutto questo e la consapevolezza di dedicare a questo fine tutte le nostre capacità ed energie professionali ci obbliga ad un atteggiamento fermo nei confronti di tanti improvvisati "professionisti" della prevenzione che, approfittando degli spazi creati dai recenti decreti, il 277 prima ed il 626 oggi, si stanno buttando nel campo, o meglio sulla tavola, con robusto appetito, pronti ad addentare la torta.
Tuttavia non avremmo mai pensato di dovere assumere questo atteggiamento con un istituto nazionale, ma le recenti sortite dell'Inail in materia di costringono a farlo.
Prima c'è stata una conferenza stampa del presidente c del direttore generale dell' Inail ad informarci che "la prevenzione infortuni è fatta poco e male... l' Inail è l'unico ente con competenze per farla", poi è venuto lo sfavillante e sicuramente dispendioso convegno di Venezia del 22 settembre a rincarare la dose, con sconcertanti affermazioni alcune un po' oniriche (ma era veramente sveglio l'accademico che ha proposto di "modificare il Decreto 626 per sostituire ai servizi delle Usi, l' Inail "?).
A volte occorrerebbe rispondere a muso duro: lnail ha strutture ,figure professionali, cultura aziendale per occuparsi di prevenzione? Non vi è quasi una contraddizione con il mandato istituzionale di istituto assicuratore? Ma quello che dà più fastidio è arrogarsi l'aggettivo di "unico".
Se il nostro fine fosse solo quello di ribattere un'affermazione palesemente avventata e offensiva nei confronti di migliaia di operatori della prevenzione, potremmo fermarci qui. Tuttavia può valere la pena domandarsi come mai dirigenti di fresca e lottizzatissima nomina, completamente nuovi ai compiti loro affidati si siano sentiti autorizzati a "mostrare i muscoli".
Come operatori e come SNOP non abbiamo certamente ignorato i tentativi di rinnovamento dell'Istituto. Pensiamo ai preziosi e sollecitati contributi di Ortolani ai nostri seminari di comparto, alla faticosa promozione della collaborazione tra i litigiosi Ispesl e Inail all'inizio dei programma Sipre, così come abbiamo apprezzato lo sforzo di informatizzazione delle sedi dell'Istituto con il progetto Polaris, sino a questo numero della rivista, nel quale dedichiamo spazio e attenzione ai dati mensili su infortuni e malattie professionali che l'istituto diffonde.
Al momento attuale è impossibile sapere se alle bellicose dichiarazioni i dirigenti Inail daranno seguito, oppure rimarranno nell'ambito di patinatissime promesse, annunciate come tante altre volte con molta fanfara e sostanzialmente arenatesi. A noi preme sottolineare che l' attività assicurativa può prestarsi bene a sinergie con quella preventiva, nell'ottica di ottimizzare risorse e risultati, ma rispettando competenze, professionalità ed esperienze di ognuno cd evitando anacronistici e rissosi atteggiamenti centralistici.
Per dimostrare il nostro solito stile proponiamo spunti di discussione e di lavoro comune:

1) chiedere alle ditte assicurate di autocertificare la propria situazione in merito a questioni di igiene e sicurezza del lavoro normate per legge (adeguamento a normative, prevenzione incendi, uso dei DP1, sorveglianza sanitaria...) al momento del pagamento del premio assicurativo;
2) incentivare le imprese, prevedendo la possibilità di "pesare" nel premio assicurativo, le spese per la sorveglianza sanitaria e le altre attività di prevenzione;
3) iniziare, con la collaborazione dei servizi territoriali di prevenzione e vigilanza, una riclassificazione programmata delle imprese assicurate basata su dati e sopralluoghi comuni;
4) segnalare ai servizi situazioni abnormi di rischio;
5) ricorrere ad analisi territoriali di andamento infortunisticoper"ripesare" l'entità dei premi dove l'attività di prevenzione è stata efficace.

**Snop Veneto**

# UN PROBLEMA DI SCELTE

La prossima applicazione della normativa europea sulla salvaguardia dell'atmosfera delle sostanze che riducono lo strato di ozono (Regolamento (CE) n. 3093194 del Consiglio, del 15 dicembre 1994, G.Uff. delle Comunità Europee del 22 dicembre 1994) è un problema di grande interesse. Dal primo gennaio 1996,1'1 , 1,1 Tricloroetano, notissimo solvente e sgrassante usato in sempre maggiori quantità e modalità, spesso a sostituire il vecchio tricloroetilene, verrà bandito dal commercio all' interno della UE a causa del suo notevole impatto ambientale sul buco dell 'ozono.
Prontamente l'associazione europea dei produttori di solventi clorurati (ECSA), con sede a Bruxelles, fa sapere ai sui associali, nonché ad un più ampio pubblico di abbonati al suo bollettino, che il buon vecchio tricloroetilene è pronto a tornare in auge alla grande. assolto con formula piena - sostiene 1' ECSA - da tutte le accuse di nocività accumulatesi sul suo capo e che ne avevano decretato l'abbandono dall'uso.
ln particolare l'ECSA accredita la convinzione che gli studi epidemiologici sull' uomo abbiano dimostrato la non cancerogenicità del tricloroetilene, differentemente da quelli sperimentali svolti sugli animali, che avrebbero meccanismi peculiari di metabolizzaziene della sostanza. Quanto agli altri effetti sul fegato, sui reni, ecc., essi vengono liquidati come altamente improbabili a condizione di mantenere le concentrazioni del tossico al di sotto dei TLV-ACGIH. In questa sede non interessa entrare nel merito di queste posizioni. Altri lo faranno con più cognizione.
Ci interessa invece porre alcuni quesiti: se la sostituzione ventilata andasse in porto. questo sarebbe il primo esempio di una sostanza che estromessa dall'uso per la sua pericolosità per i lavoratori che ne venivano a contatto,rientrerebbe in ciclo a causa dei danni per l'ambiente causati dal suo sostituto. Come dire che il rischio ambientale verrebbe ad avere prevalenza su quello professionale . Ciò non deve scandalizzare: tuttavia ci chiediamo se sia stata fatta una completa e indipendente analisi dei rischi e dei benefici legati ad una siffatta catena di eventi.
Ma un altro quesito si pone: il ritorno sulla scena di un tossico che ebbe notorietà e stimolò interventi di prevenzione, nonché attenzione al suo controllo biologico, date le mutate (e migliorate) condizioni tecnologiche è da considerarsi un regresso o meno? In altro campo (anche se sempre nel settore dei solventi) si assiste al declino del n- esano come solvente di mastici e colle, sostituito da miscele di solventi simili, ma di supposta minor tossicità. 11 problema che ci si pone di fronte è in questo caso che mentre l'n-esano è ben controllabile da un punto di vista di monitoraggio biologico, non altrettanto si può dire dei suoi sostituti.
E quindi da considerarsi positiva la sostituzione oppure il bilancio va fatto con grande cautela? Tutti questi quesiti hanno a che fare con la valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione che, seppure sempre animati da lodevoli scopi, possono portare ad esiti paradossali, quali quelli di risolvere un problema "piccolo" per i lavoratori , creandone uno "grande" per l'ambiente, oppure spingere il mercato verso soluzioni che sottraggano l'esposizione ad un facile controllo, lasciando inalterate o addirittura consentendo un peggioramento delle emissioni di sostanze dai cicli di lavoro.
Solvents Digest A publication of the European Chlorinated Solvent Association Estate 1994

**Alberto Baldasseroni**

**P.S.:** Data la nostra curiosità sull'argomento abbiamo formulato un quesito all'ISPESL. che in data 6 settembre 1995 così ci risponde:

*Spett.le USL n. 10*

***Richiesta parere***
*In merito alla vostra richiesta.....del* 13/6/95, *si precisa che il regolamento CE 3093/94 del Consiglio che proibisce l'uso di sostanze riducenti lo strato di ozono, tra le quali è annoverabile l' 1, 1, 1 Tricloroetano, non implica necessariamente l 'alternativa del riutilizzo massiccio del tricloroetilene, specialmente nel settore tessile e dell'abbigliamento.*
*AI riguardo, questo Istituto precisa di essere assolutamente contrario all 'utilizzo del tricloroetilene; ciò non solo per le ben note caratteristiche tossicolog iche di questo prodotto, ma anche per le disponibilità sul mercato di altri prodotti sgrassanti (solventi alifatici, oli sintetici, oli essenziali, tensioattivi, ecc.).*
*E peraltro auspicabile che le strutture addette alla vigilanza ed al controllo si facciano carico di far opera di informazione presso gli utilizza tori, affinché questi si attengano a tali indicazioni.*

*Il Direttore del Dipartimento Igiene e lavoro laboratorio chimica tossicologica*
***(Dr. Francesco Benvenuti)***

# L'AUTOVALUTAZIONE IN SALUTE E SICUREZZA DEL LAVORO DELLE PICCOLE E MEDIE IMPRESE

Si è tenuto a Venezia il 26 settembre un importante Convegno organizzato dal Dipartimento di prevenzione edai PMP della città più bella del mondo (e territori limitrofi meno esaltanti) rivolto alle 62.500 aziende e quasi 200.00(1 addetti.
Obiettivo di questo incontro rendere disponibili delle check list su tanti settori produttivi e di servizio, per facilitare l'obbligo di (auto) verifica da parte delle imprese.
Tra le tante iniziative simili dei servizi di prevenzione abbiamo recensito questa per il valore aggiunto del materiale distribuito e portato anche al Convegno SNOP di Pieve di Cento (Bo): una serie di utilissime schede di comparto scelte ovviamente per la tipicità dell'area interessata: falegnamerie, calzaturifici, metalmeccanica, vetreria artistica, agricoltura, disinfezione e disinfestazione, installatori di impianti, esercizi alberghieri, barbieri, parrucchieri ed estetisti, edilizia.
Interessante il contributo degli operatori del PMP, segno di una vitalità non burocratica di questo dipartimento.

*rif.*
***Franco Rigosi e Roberto Montagnani***
*Azienda Ulss di Venezia*
*te?, 041-5295555*

# INFORTUNIO MORTALE DOVUTO A INALAZIONE DI FUMI ORIGINATI DALLA DEGRADAZIONE TERMICA DEL PTFE (Politetrafluoroetilene)

*Nell'area territoriale di competenza del* Servizio *Ipatsm di Trescone Balneario (Bg) è concentrato il maggior numero di aziende che utilizzano il PTFE come materia prima per la produzione di manufatti per l'industria metalmeccanica, elettronica, automobilistica etc.*
*In una di queste si è verificato un infortuniomortale da inalazione di fumi originati dalla degradazione termica del PTFE le cui modalità di accadimento vengono descritte successivamente.*
*In seguitoci questo incidente, il Servizio ha attivato un censimento delle aziende che utilizzano PTFE come materia prima e ha programmato una serie di sopralluogh i al fine di verificare eventuali situazioni di* rischio *paragonabili a quelle che hanno determinato l'infortunio.*
*I sopralluoghi effettuati hanno evidenziato carenze in particolare per quanto riguarda l'informazione dei lavoratori sui rischi legati alla inalazione di fumi provenienti dalla degradazione termica del PTFE, la mancanza di protocolli per i provvedimenti da adottare nelle situazioni d' emergenza, la mancanza di adeguati mezzi di protezione individuale per i lavoratori.*
*Pertanto per tutte le undici aziende censite è stata disposta ima serie di interventi relativi a:*

**Informazione**
I lavoratori addetti alla conduzione del forno e comunque tutti coloro che devono stazionare o possono accedere nei locali ove siano situati i forni di sinterizzazione, devono essere edotti sui rischi legati all'inalazione dei fumi di combustione del PTFE ed in particolare sugli effetti a carico dell'apparato respiratorio.

**Mezzi di protezione individuale**
Tutti i lavoratori dovranno avere a disposizione mezzi di protezione e in particolare quelli per l'apparato respiratorio: questi ultimi dovranno essere specifici per le sostanze di degradazione termica del PTFE e dovranno essere tenuti in perfetto stato di conservazione e manutenzione.

**Emergenza**
All'ingresso del reparto dovranno essere posti cartelli che richiamino il rischio legato all'inalazione di fumi e un presidio con idonei mezzi di protezione per l'intervento in condizioni di emergenza (maschere e autorespiratore).
Pertanto dovranno essere impartite precise istruzioni al responsabile di reparto perché in presenza di fumi provenienti dai forni di sinterizzazione, tutti i lavoratori vengano allontanati dai locali di lavoro e non vengano fatti entrare nel reparto.
Solo personale opportunamente addestrato, potrà accedere ai locali contaminati dal fumo e con mezzi di protezione.

**Aspirazione dei fumi**
Si dovranno predispone sistemi di aspirazione che possano convogliare i fumi sviluppati dai forni di sinterizzazione fuori dall'ambiente di lavoro, salvaguardando comunque l ' ambiente circostante; in particolare dovrà essere predisposto un sistemadi aspirazione forzata che venga attivato automaticamente nel caso di superamento delle temperature di sicurezza al di sopra delle quali si possono sviluppare sostanze gassose pericolose per la salute.

**Manutenzione**
Dovrà essere predisposto un registro per la manutenzione ordinaria e straordinaria dei forni con descrizione degli interventi effettuati con particolare riferimento ai sistemi di sicurezza che controllano i! fermo del forno in base alla temperatura ed al sistema di estrazione forzata dei fumi che verrà installato a seguito della precedente disposizione.

**Separazione locali di lavoro**
I locali di lavoro nei quali siano contenuti i forni di sinterizzazione dovranno essere separati dagli altri locali di lavoro; nei luoghi indicati precedentemente dovranno essere installati apparecchi indicatori ed avvisatori automatici atti a segnalare il raggiungimento di concentrazioni pericolose per la salute dei prodotti di degradazione termica del PTFE.

Successivamente alle disposizioni impartite alle aziende, si è verificato un episodio analogo al precedente, presso un 'altra ditta di Castelli Calepio.
Un forno di sinterizzazione ha raggiunto una temperatura superiore ai 600 C° con emissione di fumi nell'ambiente di lavoro, ma il tempestivo abbandono dei locali da parte dei lavoratori e l' intervento di personale addestrato all'utilizzo di autorespiratori ha evitato il verificarsi di gravi conseguenze per il personale (un solo lavoratore è stato ricoverato in osservazione presso un ospedale della zona lamentando bruciore oculare, faringodinia, difficoltà di respiro e vomito, con una prognosi di sette giorni).
l provvedimenti posti in atto dalle maestranze in occasione del secondo incidente hanno permesso di valutare l'efficacia delle misure di prevenzione indicate nella disposizione alle ditte del settore.
Pertanto pur essendo gli eventi descritti molto rari (nella letteratura consultata sono riportati due soli casi mortali) si è ritenuto opportuno estendere il più possibile l'informazione.

**DESCRIZIONE MODALITÀ**
DI ACCADIMENTO
**DELL'INFORTUNIO**
L'attività principale della ditta nella quale si è verificato l'infortunio mortale è la produzione di manufatti in PTFE mediante operazioni di stampaggio ed estrusione.
l prodotti di partenza sono costituiti da granuli o polveri in PTFE che vengono acquistati da vari produttori.
L ' estrusione del PTFE avviene tramite presse alla temperatura di 360° C, mentre lo stampaggio a freddo della resina in polvere precede la sinterizzazione che avviene in forni elettrici a 370° C. I pezzi prodotti una volta raffreddati vengono lavorati mediante torni.
Il principale fattore di rischio dal punto di vistatossicologico è rappresentato dai prodotti di degradazione termica del PTFE (perfluoroisobutilene, fluoruro di carbonile, ecc.) che si possono liberare nell'ambiente quando i manufatti vengono riscaldati a temperature superiori a 350° C.
L'infortunio si è verificato il 28/9/1994 a seguito della fuoriuscita di fumo da un forno di sinterizzazione (sulle cause del malfunzionamento del forno è in corso una perizia tecnica disposta dalla magistratura).
Il forno della Lifter S.r.l. di Milano mod. L-ECV-T è un forno elettrico ad armadio a ricircolazione forzata d'aria essenzialmente destinato alla sinterizzazione di manufatti in resine fluorurate ed è quindi progettato per raggiungere temperature massime d'esercizio di 430° C. L'autoregolazione della temperatura è affidata a telcruttori statici a tiristori (SCR). La salita in temperatura ed il mantenimento sono controllati da un pirometro autoregolatore digitale ad azione PID affiancato da un pirometro di sicu ezza per sovratemperatura, collegato ad un allarme ottico ed acustico.
Il raffreddamento è controllato da un ulteriore pirometro autoregolatore digitale ad azione P1D.1 due pirometri autoregolatori sono pilotati da un programmatore di ciclo a microprocessore ad impostazione digitale. Appositi i nterblocchi impediscono l ' inserzione delle resistenze se le ventole di riciclo aria non sono state avviate e la porta non è stata chiusa. Quest'ultima è a manovra manuale, con doppia guarnizione perimetrale di tenuta in fibra ceramica ed in gomma sintetica.
Al di sopra della porta è sistemata una cappa di aspirazione con relativo elettroventilatore centrifugo, per impedire che si

disperdano nel locale, aprendo la porta, eventuali vapori presenti all'interno del forno. Il medesimo ventilatore provvede anche al ricambio dell'aria all'interno del forno, ricambio ottenibile attraverso apposite condotte munite di valvole servocomandate che autoregolano il flusso di aria durante la fase di raffreddamento del carico, secondo il programma impostato.
L'apparecchiatura elettrica di comando e controllo è montata in una cabina indipendente con porta frontale di accesso e comprende, oltre ai pirometri ed al programmatore già citati, un amperometro ed un voltmetro, il teleruttore d'inserzione, i tiristori di regolazione, i telesalvamotori, l'interruttore generale, le lampade spia e quanto altro necessario ad un regolare funzionamento dell'impianto. L' interruttore tripolare generale è munito di relè magnetotermico per apertura automatica, istantanea in caso di corto circuito e ritardata in caso di sovraccarico limitato.
I tre forni della ditta in oggetto si trovavano in un reparto dove si svolgevano anche le lavorazioni di pressatura del materiale da sinterizzare e la tornitura del prodotto finito.
I forni funzionavano anche di notte senza presidio da parte del personale. Il malfunzionamento si è verificato verosimilmente verso le prime ore del mattino.
R.L., il lavoratore deceduto in seguito all'infortunio, è giunto per primo sul posto di lavoro (4-5 minuti prima dei colleghi) per iniziare il turno (06.00 - 14.00) come tornitore. Una volta entrato nel reparto cd accortosi della presenza del fumo si è diretto verosimilmente verso il forno per rendersi conto dell 'accaduto e successivamente si è preoccupato di aprire portoni e finestre per arieggiare l'ambiente, senza utilizzare mezzi di protezione individuale. Gli altri due lavoratori che dovevano iniziare il primo turno sono entrati nel reparto, ma accortisi dell'accaduto non si sono avvicinati al forno da cui usciva fumo e si sono allontanati dal locale. Dopo circa un'ora i lavoratori hanno ripreso la loro normale attività e il sig. R.L. ha concluso il turno lamentando soltanto l'insorgere di tosse.

TI sig. R.L. tornato a casa ha cominciato a lamentare disturbi respiratori e verso le ore 22.00 si recava presso il pronto soccorso di un ospedale della zona dove veniva ricoverato per l'insorgenza di una dispnea ingravcsccnte.
La mattina successiva veniva trasferito in un reparto di rianimazione con diagnosi di edema polmonare lesionale da inalazione di gas tossici (in occasione del trasferimento veniva informata 1 'UOTSLL dello scrivente Servizio). Il decesso è avvenuto cinque giorni dopo il ricovero in rianimazione senza che il lavoratore riprendesse conoscenza in seguito alle lesioni ischemiche post anossiche a livello cerebrale.
Due colleghi del sig. R.L. e l'elettricista di una ditta esterna, (intervenuto sul forno in due riprese della durata di 10-20 minuti per valutare il guasto), che avevano accusato sintomi variabili dalla tosse stizzosa con capogiri per poche ore fino alla tosse accompagnata da irritazione delle prime vie aeree, cefalea, nausea e vomito per l'intero arco della mattinata, sono stati inviati presso il Servizio di Medicina del Lavoro degli Ospedali Riuniti di Bergamo, dove sono stati sottoposti a visita medica ed accertamenti strumentali.
L'esame clinico e gli accertamenti eseguiti (Rx torace e PFR ripetute ad una settimana di distanza) non hanno evidenziato segni riferibili ad intossicazione.

**Roberto Suardi**
**Giampiero Cassina**

## DA COMPRARE

È finalmente alle stampe il manuale CGIL CISL UIL Lombardia per il delegato alla prevenzione e sicurezza, a cui SNOP regionale ha dato un decisivo contributo.
11 primo cofanetto racchiude una quindicina di agili e splendidamente illustrati manuali sulla parte generale del Decreto 626 e su vari comparti produttivi: alimentare, operatori cimiteriali, imprese di pulizia, commercio e supermercati, grafica, legno, metalmeccanica, raccolta e trattamento dei rifiuti, sanità, tessile, trasporti, uffici, vigilanza urbana ...
Chi era a Pieve di Cento, al Convegno SNOP - CNA, ha visto la piccola scheda sui distributori di benzina (un allegato del corposo manuale sui trasporti!) se ne è potuto fare un'idea.
Questo primo cofanetto di circa 500 pagine sarà messo in vendita al prezzo di circa 100.000 lire, mentre i singoli manuali avranno una distribuzione, sempre a cura del Sindacato, come strumenti di informazione e formazione nei confronti dei rappresentanti alla sicurezza nei singoli comparti produttivi.

**Chi vuole saperne di più mandi un fax a**
CGIL CISL UIL **Lombardia**
**fax 0212480944**

# IL PRIMATO DEL MODELLO ITALIANO **PRELUDI PER UNAVERIFICA DEL PRIMATO**

*In altra sezione della rivista, nell' Internazionale, viene proposto un breve testo scritto dalla dottoressa Rosi Edwards, Ispettore Specialista Principale a Birmingham dello Health and Scrfety Executive (HSE). La stessa Rosi e Karel Van Damme, oggi Ispettore Medico del Lavoro ad Anversa, sono intervenuti, assieme ad altri tecnici (ing. Nano, dott. Vineis ed altri), ad una serie eli Seminari sulla "valutazione del rischio così come prevista dalla normativa comunitaria" che si sono tenuti a Firenze nella tarda primavera di quest'anno. La lettura di quel testo, ma principalmente il complesso delle informazioni circolate all' interno ed a margine dei Seminari suggeriscono delle considerazioni o sollevano dei problemi (naturalmente anche in riferimento alla situazione italiana) di alcuni dei quali in questa sede si vuole, succintamente, rendere conto.*

• Nella maggioranza dei paesi europei e specialmente in Gran Bretagna la valutazione e gli interventi basati sulla filosofia del rischio vengono utilizzati (e previste nelle norme generali e specifiche) ormai da molti anni, congiuntamente al ricorso, fisiologico (non potrebbe essere altrimenti) a standards ed a valori di riferimento. In questi stessi paesi deve esistere una certa entità di rischi "accettati socialmente" (o, meno eufemisticamente, imposti oppure entrati nella pratica) ma non facilmente individuabili e neppure valutabili in termini di effetti. Le più grandi e le più importanti aziende dimostrano grande familiarità con un tale sistema di prevenzione autogestito; in difficoltà sono apparse le aziende più piccole per le quali però è di già stata messa in opera una semplificazione ed una certa dose di "paternalismo" per il disbrigo delle loro pratiche. Tutto questo processo si inserisce, in quegli stessi paesi, in un quadro più generale di "deregulation" tendente alla fine sempre a favorire le imprese industriali.

• L'organo di controllo è sempre rappresentato dall'ispettorato del Lavoro, quasi dovunque esso è statale o prevalentemente statale (come in Francia e Germania dove un ruolo particolare è svolto dagli enti assicuratori), non fa nessun tipo di consulenza, i tecnici assunti cd addestrati hanno almeno una laurea breve, è gerarchizzato. Gli ispettorati di area (con bacino di utenza di molto superiore alle nostre province) sono articolati in varie unità che possono, direttamente o in collegamento con altre aree, svolgere approfondimenti e, in alcuni settori, ricerca applicata (però in un numero limitato di campi e di strutture) e principalmente fornire indirizzi e linee guida. Molto intensa ed unitaria è quindi l' attività dell' Ispettorato in termini di "propaganda", di informazione. L'attività di controllo vero e proprio, almeno in Gran Bretagna, e specialmente nelle aziende più grandi, ha assunto un significato nuovo rispetto al passato: nella maggior parte dei casi diventa un confronto tecnico, uno scambio di informazioni e di pareri tra azienda ed ispettori, una specie di "audit". In tutto questo la magistratura c' entra poco o nulla, diverso è il discorso quando sono in gioco infortuni o incidenti. L'impressione trasmessa non è comunque quella di una situazione stabile, adeguata, di soddisfazione degli ispettori. in Gran Bretagna sono allo studio dei progetti tendenti a rendere più snello ,meno costoso ,più aziendale l'Ispettorato del lavoro.

• In Gran Bretagna c'erano 115 dipendenti dell'HSE tra medici ed infermieri del lavoro ne] 1992; oggi sono rimasti in 50 e questi operano in strutture più centralizzate. La pratica in tema di malattie professionali e la ricerca epidemiologica vengono svolte oggi, a differenza che in passato, prevalentemente da enti esterni al l'HSE. Il medico nelle aziende in quei paesi tende ad inserirsi con sempre maggiore autorevolezza nel sistema di prevenzione, anche quando, accanto ed in più alla sorveglianza sanitaria mirata ai rischi professionali, imposta e conduce iniziative di "medicina sociale" od anche di consultazione clinica. In questo campo almeno due sono le cose notevoli desunte dalle esperienze in corso o condotte **in** quei paesi: l'approccio, come da tempo esiste negli Stati Uniti, là forse in maniera troppo esasperata e su una base esclusivamente o prevalentemente economicistica (stante anche la presenza ingombrante delle assicurazioni), della verifica di qualità delle attività sanitarie aziendali; lapiù razionale normativa che sovraintende al rapporto di lavoro del medico d'azienda, come in Belgio dove quello non può essere facilmente allontanato dal proprio datore di lavoro senza fondate ed obiettive motivazioni.

**F. Carnevale**

# **58° CONGRESSO NAZIONALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA DEL LAVORO E IGIENE INDUSTRIALE**

## Note a margine

Le considerazioni che seguono sono giustamente titolate "Note a margine" sia perché, data la sovrapposizione dei tempi, non mi è stato materialmente possibile seguire le diverse sessioni, sia perché mi sembra opportuno soffermarmi, tra le tematiche affrontate, su quelle di più positiva ricaduta per i Servizi Territoriali di Prevenzione.

Va comunque precisato che la quantità dei contributi posti all'attenzione dei partecipanti è stata rilevante e così riassumibile:

- 1 conferenza inaugurale;
  6 sessioni tematiche con 30 comunicazioni;
  77 comunicazioni connesse a tematiche trattate in plenaria ma anche a tema libero;
  136 posters connessi a tematiche trattate in plenaria ma anche a tema libero.

Il giudizio più lusinghiero riguarda le riunioni plenarie, le comunicazioni ed i posters che hanno trattato la patologia dell'arto superiore da sovraccarico biomeccanico.

La riunione plenaria di apertura ha visto il contributo di più discipline (la Medicina del Lavoro, la Fisiatria, la Medicina Legale): l'incontro di diverse competenze nel formulare le basi conoscitive e di approccio a questo campo di indagine, in passato rimasto complessivamente nell'ombra e solo recentemente assunto a problema di prima grandezza nel mondo del lavoro, non può essere giudicato che positivamente sia per il fatto in sé che per le prospettive di indagine diffusa che ha già aperto e ancor più dovrà aprire nel futuro prossimo.

Sono stati affrontati gli aspetti epidemiologici, i criteri di inquadramento diagnostico, i metodi ed i criteri per l'inquadramento del rischio lavorativo, la sorveglianza sanitaria degli esposti, la dimostrazione medico legale del nesso causale

nelle tecnopatie.
11 dibattito pur breve che è seguito, partendo dalla comune valutazione dei risultati positivi che sono emersi dall'incontro di medici del lavoro e fisiatri, ha visto, schematizzando, un confronto tra i sostenitori di due posizioni differenti:

a) quelli che sono convinti che ulteriori esperienze positive dipenderanno dalla collaborazione delle due discipline, facendo sì che il medico del lavoro rivendichi la sola competenza di valutazione del rischio lavorativo ed evitando che lo stesso aspiri a improvvisarsi fisiatra;
b) quelli che sono convinti che ulteriori esperienze positive dipenderanno dal fatto che il medico del lavoro si faccia promotore di collaborazione piena con i fisiatri, non abdicando però, con la dovuta gradualità e fatti salvi gli approfondimenti specialistici successivi alle campagne di screening, ai propri doveri medici. Anche in passato, a dire di costoro, si sono posti analoghi problemi, risolti in modo tale per cui ad esempio, oggi il medico del lavoro ha una sua competenza in campo ematologico per gli esposti a solventi o in campo audiologico per gli esposti a rumore, ecc.

La seduta pomeridiana è stata una conferma dell'interesse già suscitato nei servizi di prevenzione da questo rischio lavorativo e dalla relativa patologia: significativo è stato ad esempio il tono autocritico di chi aveva già indagato alcune realtà lavorative polarizzando la propria attenzione su determinati rischi più tradizionali ma ]asciando del tutto in ombra quello da sovraccarico biomeccanico o da disagi da trauma ripetitivo.
Altrettanto significativa l'indagine clinico-anamnestica, multicentrica e quindi su grandi numeri relativa a patologia da sovraccarico biomeccanico dell'arto superiore nel settore lapidei. Anche se si potrebbe muovere qualche rilievo su alcune comunicazioni, preme sottolineare la sostanziale correttezza metodologica di approccio e soprattutto risultati talvolta delle unità produttive. E sembrato che l 'uditorio, più che cogliere l'articolato discorso di Franchini sui grande divario tra "domanda" e "offerta", discorso preoccupato dei ritardi o silenzi del Ministro della Sanità e Coordinamento delle regioni e dei vincoli disposti dalla Unione Europea in merito, abbia rivendicato, seppur comprensibilmente, la gelosia della specializzazione che ovviamente non risolve il problema in questione.
Si ritiene opportuno comunque visionare gli Atti del 580 Congresso per una puntuale valutazione dei contributi di cui in apertura si è dato un elenco quantitativo.

**Camillo Boni**

# COORDINAMENTO ASSESSORATI

## Linee guida sul decreto 626 ma non solamente

Sono uscite a cura del Coordinamento degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e delle Provincie autonome di Trento e Bolzano le Linee guida sul D.Lgs 626 del 1994.
Si tratta di un'opera corposissima ma facilmente metabolizzante, distribuita sottoforma di plichi o di agili dischetti che si trovano oramai sul tavolo o nei Pc dei servizi.
L 'opera omnia è divisa in vari documenti a cura di singole regioni (Piemonte, Lombard i a, Em i l i a Rom agn a ,Toscana ,Lazio...) con il contributo del Coordinamento tecnico nazionale.
Questo organismo rafforzatosi nell'ultimo anno, con la partecipazione di molti operatori (quanti SNOP-doc!) e funzionari regionali degli Assessorati alla Sanità, è riuscito a produrre in tempi da record, anche considerando gli elefantismi della Pubblica Amministrazione, questi materiali di lavoro.
Vengono affrontati i principali nodi interpretativi riguardanti tutti i Titoli del Decreto: le figure chiave, la gestione dei piani di emergenza, la semplificazione della lettura del titolo sui luoghi di lavoro, la valutazione dell'esposizione (e non del rischio!) a cancerogeni, il lavoratore soggetto alla direttiva VDT, l'esposizione potenziale e esposizione deliberata al rischio biologico, le procedure per rendere meno "pesante" l'applicazione degli articoli sulla movimentazione dei carichi c soprattutto una serie di aspetti topici quali ad esempio: l 'applicazione del 626 nella Pubblica Amministrazione, la questione degli appalti e la con-etta gestione dell'articolo 7, come organizzare un servizio di prevenzione e protezione...
Si tratta di linee guida di orientamento al lavoro degli operatori dei servizi territoriali di prevenzione e delle regioni, che quotidianamente hanno a che fare con domande, dubbi interpretativi di datori di lavoro, operatori sindacali, tecnici, medici, etc. Materiali da studiare e "rendere vivi" nella pratica quotidiana di sportello informativo, incontri ed iniziative formative. Attenua il trionfalismo il fatto che per la metà delle Regioni non vi siano funzionari presenti al Coordinamento e di conseguenza troppi servizi ed operatori non hanno questi materiali di lavoro su nessun tavolo e nessun personal computer.
Su queste Linee guida vi sono state ovviamente le solite critiche per così dire "da destra e da sinistra": nella valutazione del rischio quale il peso della soggettività? (già, ma a quando la fine dei litigi sulla elezione dei rappresentanti dei lavoratori?), troppo rigorose e anticipatorie (ma perché prima ci si lamentava della mancanza di indicazioni?) c così via.
Se non avete le Linee guida occorre richiederle ai singoli Assessorati Regionali e delle Province autonome.
Se non avete risposta tempestare di fax i Presidenti delle Giunte Regionali, i Ministri della Sanità e del Lavoro, ma anche contattare il vostro segretario della SNOP perché si svegli.
Non è possibile infatti che alle soglie del duemila ci siano ancora tali diseguaglianze nella Pubblica Amministrazione dello stesso paese.
Oltre all'interpretazione del Decreto 626, il Coordinamento sta puntando a rendere più efficiente tutto il sistema della prevenzione: ci devono essere in ogni regione le agenzie regionali, i centri di documentazione e scuole di formazione e soprattutto veri cd autonomi dipartimenti di prevenzione.
Ma anche il "sistema romano" (Ministro della Sanità, Agenzia per l'Ambiente ed Istituti Centrali: ISS e ISPELS ma non solo) deve "servire" in modo più efficiente queste esigenze di produzione di ricerche, orientamenti, materiali, formazione, ecc.

**Laura Bodini**

# IL LATO POVERO DEL RICICLAGGIO

di Pao a Desai

*Riprendiamo un bell'articolo di Paola Desai apparso sul Manifesto di molti mesi fa (4 aprile 1995). Quante volte si sente parlare di popolazioni del Terzo Mondo che vivono recuperando materiali preziosi dalle discariche. In certi luoghi dell'Africa o dell'Asia legioni di poveri entrano in competizione, anche violenta, con aninudi e uccelli per lo sfruttamento dell, oro" nascosto tra i rifiuti .llservizio del Manifesto che riportiamo per chi non l'avesse già letto ci descrive due esempi, uno in Vietnam e l'altro in Marocco, di una pratica che si estende di pari passo con la separazione sempre più netta, comune a molti angoli del pianeta, tra i pochi che hanno troppo, e lo dissipano e i molti che hanno pochissimo e vivono dello scarto altrui. Un articolo da leggere soprattutto per chi di noi pensa di essere infelice se non gli hanno ancora dato il posto di primario.*

«Una cinquantina di chilometri a sud di Città Ho Chi Minh, in Vietnam, il villaggio di Hoc Mon vive in simbiosi con la più grande discarica di rifiuti urbani, dove affluiscono le migliaia di tonnellate di spazzatura prodotta nel capoluogo del sud (quasi tremila tonnellate al giorno). Il villaggio intero vive sulla spazzatura.

Quando arriva un camion dalla città, una squadra di ragazzini - i più piccoli sette o otto anni, i più grandi tredici - partono all'assalto. Muniti di un bastone e un sacco, di rado di guanti e mai di mascherine, frugano i rifiuti e raccolgono vecchi vestiti, scarpe. pezzi di legno e di ferro, carta o cartone, alluminio, pezzi di vetro. Poi fanno otto chilometri a piedi o in bicicletta e vanno a vendere il loro raccolto ai riciclatori. I materiali così recuperati diventeranno materie prime "seconde" per le industrie di Cholon, il quartiere cinese».

Ecco come Paola Desai, su "il Manifesto" del 4 aprile ci introduce in una delle realtà più crude tra le tante collegate al mondo dei rifiuti.

11 reddito medio giornaliero dei ragazzini eli Hoc Mon può arrivare fino a dieci franchi (più o meno tremila lire): il costo di un gelato da noi, ma un reddito indispensabile per molte famiglie vietnamite che spingono i propri figli ad abbandonare la scuola.

A Phnom Pehn, la capitale della Cambogia, questo stesso mestiere è svolto da gruppi di donne, organizzate in squadre in continua concorrenza tra di loro per accapan-arsi il contenuto dei camion "migliori", quelli che hanno raccolto i rifiuti dei quartieri ricchi o dei grandi alberghi.

Ma torniamo alla descrizione eli Desaì: «L'arrivo dei camion alla discarica di Hoc Mon è l'ultimo passaggio di una catena lunga. A Città Ho Chi Minh circa la metà dei rifiuti urbani è raccolta dal servizio pubblico o da piccole imprese a contratto. Sono una miriade di piccole carrette, tirate da una bicicletta o a piedi: ciascuno gira tra cinquanta e cento case e raccoglie tra 350 e 500 chili di detriti domestici, che poi sono riversati in punti di raccolta (da cui partiranno i camion per le discariche). Già qui squadre di ragazzini frugano e separano tutto ciò che è riciclabile.

I rifiuti di cucina sono raccolti a parte, da donne che percorrono a piedi i quartieri e portano tutto a piccole imprese di riciclaggio. Perla strada gruppi di bambini raccolgono oggetti di plastica, ferraglia, scatole di sigarette o cocci di vetro».

Il panorama è un po' diverso ma la sostanza del problema non cambia a Salé, in Marocco. «Piccola città che però ha raddoppiato popolazione in dieci anni e continua a crescere, a Salé (650 mila abitanti) il servizio municipale di nettezza urbana riesce a raccogliere circa 126 tonnellate al giorno di rifiuti, sulle oltre 300 prodotte ogni giorno .11 tasso di copertura beninteso varia tra 1'80 per cento dei quartieri residenziali per bene e il 20 per cento dei quartieri più poveri e periferici, fino allo zero delle numerose bidonvilles che circondanolacittà.In compensocircaduemila persone vivono di riciclaggio di rifiuti, assicurando il trattamento di circa mille tonnellate di spazzatura al mese».

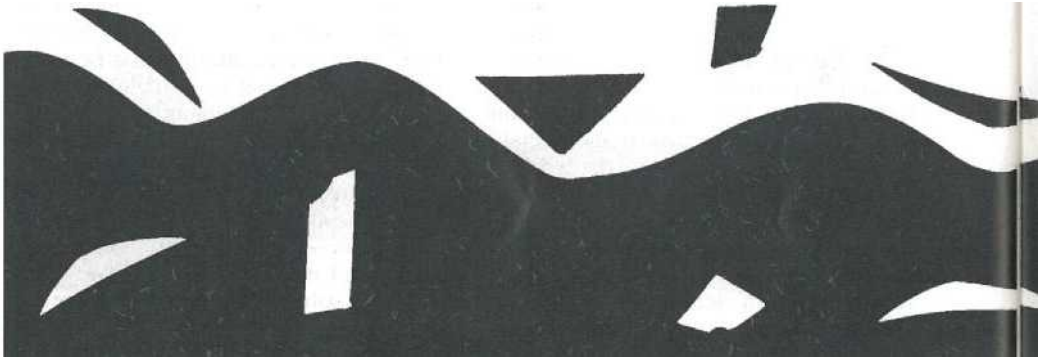
Come a Hoc Mon, anche a Salé sono donne ebambini a recuperare dalle montagne di rifiuti qualsiasi cosa che abbia un po' di valore. Altri girano la città con carretti n i raccogliendo carta e cartone,plastica e metalli.

Carta e cartone sono riciclati da una fabbrica di Meknès, che ne fa carte da imballaggio. Le plastiche, invece, vengono trasformate in materiali da costruzione o in recipienti in fabbrichette semi-artigianali a Casablanca: i copertoni delle gomme di automobile, per esempio, diventeranno recipienti per l'acqua per le oasi del sud del Marocco. 1 metalli, a loro volta, possono essere inviati a piccole fonderie e poi venduti all'estero , oppure a uno stuolo di artigiani che lavora in particolare il ferro e ne fa strumenti da lavoro, fornelli, teiere, oggetti d uso popolare.

«Alla fine ben poco si butta - commenta Desai. In questo senso il sistema è molto ecologico: ma che dire di quelle donne e quei bambini che fanno un lavoro faticoso e sporco per guadagnare pochi centesimi?». Allo scalino più basso di questa attività, infatti, sono le donne e i bambini che frugano tra i rifiuti guadagnando appena di che sopravvivere.

Gli artigiani, invece, se la cavano un po' meglio: tra 30 e 50 dirham al giorno, dove I O dirham sono circa duemila lire. Ma chi ha davvero un profitto sono gli intermediari e le piccole aziende del riciclaggio. «I rischi per la salute di chi fruga - senza guanti - tra ferri arrugginiti, cocci e materiali infetti sono evidenti - conclude "il Manifesto". Lo sfruttamento del lavoro di donne e bambini anche.

Certo, vietare questa attività vorrebbe dire lasciare queste persone senza neppure quella fonte di reddito, oltre ad aggravare il problema della raccolta insufficiente dei rifiuti. Che fare?».



## RIFIUTI INDUSTRIALI

Tremila miliardi, tanto costerebbe all'industria italiana smaltire in impianti autorizzati i 15 milioni di tonnellate di rifiuti industriali prodotti ogni anno.
Ma se soltanto il 30% di questi venisse smaltito in modo incontrollato, i costi lieviterebbero: per bonificare le aree inquinate i costi sarebbero infatti poi di un ordine di grandezza superiore.
In ogni giornale locale e nazionale ogni giorno vengono segnalati scandali su discariche incontrollate e fusti sepolti.
Su questi terni è da sempre debole l'intervento di prevenzione e controllo dei servizi territoriali.
L'incertezza seguita al referendum del '93 (!) non ha sicuramente migliorato le cose...
Dal 31 dicembre 1997 finalmente i paesi della Unione Europea dovranno smettere di spedire nei paesi terzi rifiuti destinati al riciclaggio.
Lo ha deciso il Consiglio di Ministri della UE per ridurre i gravi problemi ambientali che si stanno verificando in quei paesi meno sviluppati utilizzati come "discariche" per i rifiuti europei.
Inoltre per le navi che trasportano merci pericolose, petrolio, prodotti chimici, rifiuti sono finalmente in arrivo norme più severe.
La Commissione Trasporti e Turismo del Parlamento Europeo ha presentato infatti una serie di emendamenti "restrittivi" alla proposta di direttiva sull'attuazione di norme internazionali per le navi e per la prevenzione dell'inquinamento.
Gli emendamenti mirano ad instaurare l'obbligo, per gli stati membri , di controllare le navi "pericolose" non solamente quando fanno scalo nei porti, ma anche quando attraversano le acque territoriali. Già nel 1993 la CEE aveva adottato una direttiva relativa alle condizioni minime necessarie per le navi che trasportavano merci pericolose o inquinanti dirette nei porti della Comunità sancendo l'obbligo per gli Stati membri di comunicare al porto di destinazione, sin dalla partenza, tutte le informazioni relative al carico e alle norme di sicurezza.
A fine settembre poi anche l'ONU pur con mille difficoltà ha varato una risoluzione su questo tema. Basta con rifiuti tossici dei paesi ricchi ai paesi poveri.
Nel nostro paese inoltre è diventata pressante la convinzione che lo smaltimento abusivo dei rifiuti si intrecci con interessi illeciti e arricchimenti delle organizzazioni criminali; che sia cioè la nuova frontiera degli affari di mafia e camorra. E cosi la Commissione Ambiente della Camera ha istituito una commissione parlamentare d'inchiesta sul ciclo dei rifiuti e le attività illecite connesse (vedi G. U. del 24 giugno 1995).
La Commissione parlamentare ha accettato quindi il teorema di Legambiente che, attraverso due dossier "Rifiuti S.p.a." realizzati grazie alla collaborazione con il Nucleo Ecologico dei Carabinieri e con Eurispes, aveva dimostrato come lo smaltimento illegale dei rifiuti sia oggi gestito da organizzazioni criminali nazionali ed internazionali come esse siano in grado di ricavarne introiti tanto ingenti da potere essere paragonati a quelli derivanti dal traffico della droga.

## CHI PAGHERÀ LA BONIFICA DI BAGNOLI?

L'ILVA ha presentato un piano di recupero dell'area di Bagnoli che può essere ben considerato un'autodenuncia.
Dal documento risulta infatti che la zona è inquinata fino ad un metro e mezzo di profondità. Ad esserne responsabile è l'azienda stessa che per le proprie produzioni aveva utilizzato una cokeria di 15.000 mq, un altoforno e un laminatoio per piii di 10.00(1 mq, un magazzino combustibili con "lago di decantazione" ed una centrale termica di 4.800 mq.
Si pensi che i residui solidi degli altoforni, le cosiddette "loppe" da sempre buttate a mare, sono andate a formare una vera e propria banchina che oggi si vuole riutilizzare come base per il porto turistico. Chi pagherà i danni alla splendida costa o almeno chi pagherà la bonifica dell'area ?
Ai soci campani un concorso di idee.

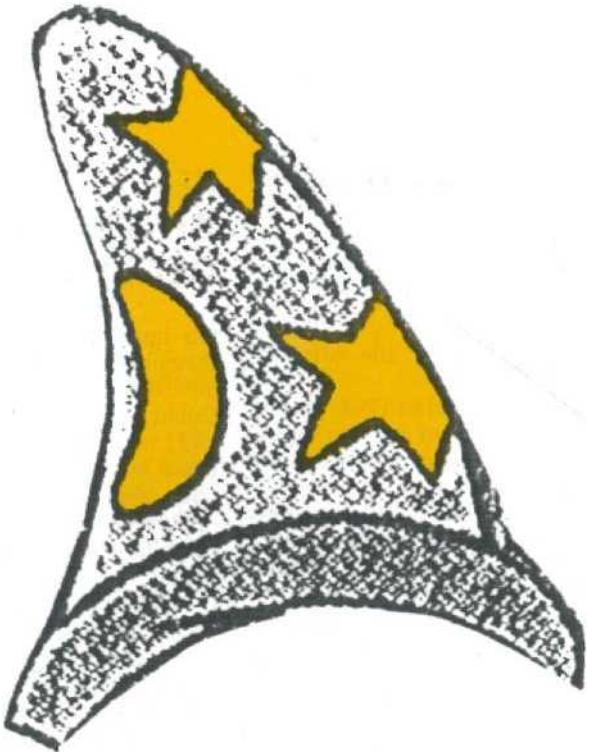
GERMANIA

## GESTIRE IL PROBLEMA DEGLI IMBALLAGGI

Gli imballaggi costituiscono oggi nella maggior parte dei paesi occidentali quasi il 50% dei rifiuti solidi urbani.
Come tutti sanno il Decreto Topfer del 1991 impose ai produttori ed ai commercianti tedeschi l'obbligo di riprendersi a costo zero i loro imballaggi o riciclarli, oppure di finanziare il "dual sistem", di raccolta e riciclo escludendo l'incenerimento.
L'obiettivo del Decreto a 4 anni è in buona parte raggiunto ed i colleghi tedeschi, nel Convegno di Venezia del giugno scorso, hanno comunicato i dati: riciclo del 64% in peso di cartone, carta e plastiche e del 75% di vetro e lattine di alluminio e di "banda stagnata".
Questo sistema ha spinto i produttori poi a ridurre di molto l'utilizzo di imballaggi.
**In** Italia dopo l'istituzione, con la Legge 475 del 1988, dei Consorzi per il riciclo della plastica (Replastic) e del vetro ben poco si è fatto.
A parte la nascita del COPAI (Comitato promotore ambiente imballaggi) che riunisce i gestori dei servizi ambientali (Federambiente - AssoAmbiente e Ausitra) e le associazioni dei produttori e dei distributori (Replastic, Assovetro, Assoplast, Coal-Rail, Tetrapack ...) poco si muove.
Entro il giugno del 1996 dovrà essere recepita la direttiva UE n. 62 del 1994 sugli imballaggi e COPAI sottolinea la necessità di un confronto costruttivo tra i gestori dei servizi di igiene ambientale, i consorzi obbligatori e volontari, le principali associazioni di produttori e distributori per trovare soluzioni al problema degli imballaggi.
La Direttiva della UE "Packging Waste" prescrive due obiettivi da raggiungere in 5 anni (vale a dire entro il giugno del 2001):
1) il recupero (cioè il riciclo almeno al 25% o latermovalorizzazione) di almeno il 50% degli imballaggi;
2) per ogni materiale la percentuale minima di riciclaggio deve essere almeno del 15%.

Si tratta di obiettivi non certamente alti c l'esperienza tedesca è un esempio, ma frutto di compromessi in sede UE, ma si tratta di obiettivi da raggiungere comunque.

*Per l'Italia il riferimento è:*
**Michele Boato**
*coordinatore nazionale del*
*Forum Risorse e Rifiuti*
*tel. 041/2701411*
*.fax 041/950101*



# MEDICI COMPETENTI E SERVIZI DI PREVENZIONE E CONTROLLO

di E. Cipriani, E Coato,
C. Piz e M, Poti

LO STATO ATTUALE

In Veneto da molti anni è prassi consolidata che i medici di fabbrica compilino per il titolare e per lo SPISAL una relazione sanitaria periodica utilizzando schede predisposte dai servizi, omogenee per quasi tutte le province. Un gruppo di lavoro regionale ha dibattuto a lungo le problematiche connesse alla procedura chiamata "coordinamento ASPP". Formalmente le relazioni vengono richieste alle Aziende e non al medico sebbene sia questi poi a ricevere le richieste di chiarimento o di precisazione. Alcuni risultati di questa procedura sono pubblicati anche negli atti del convegno tenutosi nel 1992 a Bressanone, a cura di Poti e Marcolongo ı che riportano dati di 19 ULSS. Un altro resoconto è pubblicato su SNOP n. 33 da Piz e altri' relativamente all'area vicentina, mentre Gaffuri e altri' utilizzano dati del coordinamento ASPP di Verona per presentare il catalogo dei rischi attribuibili di tumore professionale.

**IL** D. LGS. **626/94 ED** IL **MEDICO COMPETENTE**

Il medico competente diviene una delle figure centrali della prevenzione nelle aziende e la relazione sanitaria periodica deve essere uno degli strumenti messi a verbale della riunione annuale con il datore di lavoro, rappresentante dei lavoratori per la sicurezza e responsabile del Servizio di prevenzione e protezione. Il medico peraltro assume numerosi nuovi compiti, collocabili almeno in tre aree diverse:

**Attività sanitarie**

Sostanzialmente riconducibili all'esecuzione degli atti strettamente sanitari sia in campo clinico diagnostico che medico legale:

- accertamenti sanitari (art. 17.1 .b)
- giudizi di idoneità (art. 17.I.c)
- cartelle sanitarie (artt. 17.1.d; 70.2; 87.4)
- sopralluoghi (artt. 17.1.h; 4.9)
- visite mediche su richiesta (art. 17.1.i)
- fotocopia degli accertamenti sanitari (art. 17.1.f)
- registro degli esposti a cancerogeni (art. 70.1)
- registro degli esposti ad agenti biologici (art. 87.2)

**Attività di informazione**

Nella materia di propria competenza il medico deve informare il lavoratore sulle conseguenze, sul significato e sui risultati degli atti medici. Deve informare il datore di lavoro di particolari fatti che hanno valore preventivo:

- inidoneità parziale, temporanea, totale (art. 17.3)
- significato degli accertamenti sanitari (art. 17.1.e)
- risultato degli accertamenti sanitari (art. 17.1.f)
- risultati collettivi anonimi nella riunione annuale (art. 17.1.g)
- cancerogeni: datore di lavoro (art. 69.4)
- cancerogeni: lavoratori (art. 69.6)
- cancerogeni 1SPESL (art. 7I.1)
- agenti biologici ISPESL (art. 88.2)

**Attività di collaborazione**

Il medico deve mettere la propria esperienza e conoscenza a disposizione dell'Azienda per l'organizzazione della prevenzione sanitaria, per il controllo e la valutazione dei rischi lavorativi e per l'attuazione delle misure ai fini del benessere dei lavoratori:

- attuazione delle misure di tutela (art. 17. 1.a)
- valutazione dei rischi (art. 4.6)
- pronto soccorso (art. 17.1.1)
- informazione e formazione (art. 17.1.m)
- riunione annuale (art. 11.1.c)

**IL D. LGS. 626194 E LO SPISAL**

Anche per lo SPISAL il D. Lgs. 626/94 introduce indubbiamente importanti novità. Vorremmo sottolineare, per l'interesse che riveste in merito al tema che stiamo trattando, che un compito specifico dell'organo di vigilanza, è quello di confermare, modificare o revocare il giudizio di inidoneità del medico competente in sede di ricorso così come previsto dall 'art. 8 del D. Lgs. 277191 , e dall'art. 17 comma 4 del D. Lgs. 626/94.11 quadro normativo viene così precisato: la sorveglianza sanitaria può essere effettuata solo nei casi previsti dalla normativa vigente (art. 16 comma 1), il medico competente è tenuto ad esprimere anche il giudizio di non idoneità (art. 17 comma 3). Fino ad oggi gli stessi SPISAL consigliavano ai medici competenti di inviare i lavoratori ritenuti inidonei alla commissione ex art. 5 della Legge 300170 istituita in ogni ULSS perché l'inidoneità permette di porre fine al rapporto di lavo-

ro. Attualmente non vi sono più dubbi sul fatto che spetti all'organo di vigilanza decidere sul ricorso (richiesta) sia del datore di lavoro che del lavoratore, entrambi informati per iscritto dal medico competente nel caso del giudizio di inidoneità. La commissione ex art. 5 ha invece ancora competenza nei casi dei lavoratori non soggetti alla sorveglianza sanitaria obbligatoria.

UN **NUOVO** MODELLO NEL **RAPPORTO** FRA MEDICO COMPETENTE E **SPISAL**

Si è delineata una situazione normativa secondo la quale il medico competente è soggetto, anche in materia sanitaria, al giudizio dei colleghi pubblici; inoltre il medico competente compare fra i possibili "contravventori" che sono oggetto specifico di prescrizioni e sanzioni in quanto destinatari di specifiche norme sanzionatorie con la pena alternativa dell'arresto e dell'ammenda (art. 53 del D. Lgs. 277191 e art. 92 del D. Lgs.

1. Per prima cosa diremo che non esiste un "fronte" degli SPISAL in quanto all'interno dei Servizi esistono opinioni e posizioni diversificate. Rilevante è anche il fatto che, malgrado si parli di collaborazione e coordinamento, l' atteggiamento della maggior parte dei medici competenti nei confronti dello SPISAL è "strettamente formale" per dire che i contatti vengono limitati allo stretto necessario. In altre parole tanto meno il Servizio è impegnato nella vigilanza tanto più è facilitato il rapporto. Noi riteniamo che fintanto che lo SPISAL è visto come controparte non sia possibile parlare di collaborazione. Esistono tuttavia situazioni organizzate per progetti obiettivo (o azioni programmate) in cui sono definiti gli obiettivi, i criteri, gli indicatori di processo e di risultato, che devono prevedere la partecipazione dei medici competenti . Viene facile il riferimento agli interventi di comparto o a studi su categorie particolari di lavoratori (minori, lavoratrici madri, tossicodipendenti, disabili, esposti a specifici fattori di rischio ...). **In** questi casi riteniamo che non solo sia possibile e auspicabile ma assolutamente necessaria una concreta collaborazione per l'individuazione di problemi sanitari e di interventi preventivi possibili, sulla base della considerazione generale che i medici competenti sono in possesso delle informazioni e che io SPISAL ha il compito di renderle omogenee, di elaborarle perché assumano un significato e una operatività, di informare le parti sociali.

2. Il medico competente dovrebbe trovare nello SPISAL il canale di informazione per avere accesso alle strutture dell'Azienda ULSS: laboratori, centri e Servizi. Il medico in Azienda non può limitarsi a certificare la non idoneità temporanea o parziale ma deve contribuire ad identificare in quali lavorazioni è ancora impiegabile un determinato lavoratore, avviando peraltro anche un concreto rapporto di collaborazione con il datore di lavoro. Si pensi ad esempio a tutti i casi di inidoneità che si evidenzieranno con l'applicazione delle norme sulla movimentazione manuale dei carichi oppure alle difficoltà di collocazione di disabili fisici o tossicodipendenti. In questi casi l' ULSS , per intervento dello SPISAL, può dedicare parte della attività dei centri di rieducazione funzionale alle patologie da lavoro oppure si potrà introdurre il medico competente all'attività del SERT o del meno noto SIL, servizio per l'inserimento al lavoro dei disabili.

3. Deve essere avviato un flusso informativo verso i medici competenti che rappresentano certamente una figura centrale della prevenzione in Azienda. E il medico che deve promuovere iniziative di salute e per fare ciò deve essere regolarmente informato sull'andamento delle malattie professionali e degli infortuni a livello locale oltre che regionale e nazionale. Da questo punto di vista in molte ULSS è mancato fino ad oggi un ritorno delle informazioni trasmesse agli SPISAL con il "coordinamento ASPP". Non si può pretendere che il medico promuova in Azienda particolari interventi contro gli infortuni se non ha notizia che gli indici infortunistici della sua ditta si discostano da quelli delle altre dello stesso comparto e nella stessa zona. Evidenziamo quindi l'esigenza che gli SPISAL rendano pubblici regolarmente i dati sugli infortuni e sulle malattie professionali elaborati per settore produttivo e relativi alle aziende del territorio provinciale permettendo un confronto con i dati aziendali e con quelli regionali e nazionali. L'elenco delle attività dello SPISAL che possono risultare utili ai medici competenti serve a definire i rispettivi compiti in modo da chiarire su cosa si deve basare un corretto rapporto. Questa può essere una operazione di cui SNOP può farsi carico.

**VRQ**

Il primo obiettivo del "coordinamento ASPP" posto 10 anni fa è ancora valido: estendere la sorveglianza sanitaria a tutti i lavoratori soggetti, il secondo obiettivo rimane promuovere l'applicazione di protocolli corretti di sorveglianza sanitaria Quanto si è ottenuto è frutto dell'attività degli SPISAL con l'informazione e soprattutto con la vigilanza. L'attività di informazione unita alla vigilanza hanno convinto una buona parte degli imprenditori, soprattutto gli industriali e quelli più facilmente soggetti al controllo, la norma rimane invece ancora disattesa per alcune categorie di artigiani e fra le aziende di particolari settori produttivi. Il D. Lgs 626/94 avrà certamente un forte impatto anche **in** questa direzione, ora è però tempo di guardare anche alla qualità delle prestazioni fornite.

Nel Veneto secondo l'ultima nota del Dipartimento Regionale del 18/8/95 ci sono oltre 300 medici specialisti in medicina del lavoro e 230 medici autorizzati. Un calcolo del fabbisogno di medici competenti non è mai stato fatto seriamente. Si potrà fare sulla base delle valutazioni dei rischi correttamente e responsabilmente eseguite dai datori di lavoro. Elementi fondamentali resteranno comunque e sempre la vigilanza degli SPISAL e la professionalità dei medici competenti. L'ultimo convegno nazionale della SNOP è stato organizzato sulla VRQ nei Servizi di prevenzione[4]. La proposta che presentiamo qui di seguito è di applicare questa tecnica all'attività del medico competente. La verifica e la revisione di qualità ha lo scopo di migliorare le prestazioni del medico utilizzando un metodo accettato che richiede la partecipazione del medico stesso e non è utilizzabile per scopi di polizia giudiziaria.

**1. Si** può verificare la qualità di un prodotto qualsiasi così come di una qualsiasi prestazione o servizio, purché sia predeterminato cosa si intende per qualità. Ciò si ottiene indicandone i "criteri".Il criterio è: l'elemento predeterminato che definisce la qualità della prestazione. Non è necessario individuare tutti i criteri possibili, né i criteri devono essere considerati immutabili nel tempo, spesso cambiano anche in relazione a chi effettua la valutazione, però vanno sempre definiti in funzione dell'obiettivo dell'attività in esame che in generale è il benessere dei lavoratori. Una volta scelti i criteri dovremo avere la possibilità di misurarli; spesso si può fare **in** più di un modo. Bisogna quindi ancora una volta fare una scelta. Dopo il criterio si dovrà scegliere l'indicatore che più è utile all'obiettivo fissato. L'indicatore è: la variabile che informa sul criterio. L'indicatore serve a segnalare la necessità o l'opportunità di cambiare... (revisione della qualità) ma non consente di per sé di giudicare direttamente la qualità complessiva della prestazione.

2. Come esempio usiamo una mela. Possiamo scegliere diversi criteri per valutarne la qualità: la grandezza, il peso, il colore, la specie, la provenienza, il sapore, il contenuto di antiparassitari, il costo, il tempo dalla raccolta... Non serve adottare tutti i criteri, questo ci costringerebbe ad una mole notevole di lavoro, è preferibile decidere in base al nostro obiettivo. Ammesso che la mela sia per il nostro bambino, avremo come obiettivo: che sia mangiata di buon grado e che non sia dannosa alla sua salute. Sceglieremo allora come

criteri il sapore e il contenuto in antiparassitari.Ciascuno di questi criteri ha bisogno di una unità di misura cioè di un indicatore e noi possiamo scegliere il contenuto di fruttosio e il contenuto di organofosforici . Potremo quindi decidere che sopra un certo valore di fruttosio e sotto **un** certo valore di organofosforici, la qualità della mela sarà giudicata positivamente.

3. Passando a valutare la qualità delle prestazioni dei medici competenti si dovrà definire l'obiettivo da raggiungere che sarà opportunamente limitato ad alcuni parametri e non generale. Si devono inizialmente porre obiettivi delimitati e realistici tenuto conto che la qualità è espressione di un giudizio basato su dei parametri e che qualunque processo di valutazione è soggettivo. Non è detto che questo giudizio sia univoco, tuttavia se eviteremo giudizi sintetici rispetto all'attività del medico (che è sempre complessa) sarà possibile giungere alla formulazione di un giudizio accettato da entrambe lc parti'. Un aiuto importante viene dagli studi condotti in categorie di lavoratori a livello locale, o dai risultati degli interventi di comparto. Lo studio condotto in Valpolicella (VR) su 939 audiometrie eseguite a marmisti della zona indica che il 43% dei lavoratori presenta un deficit uditivo di tipo professionale[6]; analogamente uno studio su 232 lavoratori edili veronesi' indica che il 46% è affetto da ipoacusia da rumore. Per fare un esempio nella realtà territoriale veronese possiamo scegliere i seguenti criteri ed i relativi indicatori per valutare le prestazioni dei medici competenti delle aziende del marmo e delle imprese edili:

**criterio n.1** la capacità del medico di tutelare i lavoratori sotto il profilo assicurativo;
**indicatore** la percentuale delle ipoacusie denunciate rispetto al totale dei lavoratori soggetti a sorveglianza sanitaria per esposizione a rumore nel settore;

**criterio n.** 2 La capacità del medico di tenere un buon rapporto di fiducia con i lavoratori;
**indicatore** il numero di relazioni sullo stato di salute in azienda o di assemblee con i lavoratori sui temi della salute;

**criterio n.** 3 la partecipazione attiva nella formazione dei lavoratori;
**indicatore** numero di ore dedicate alla formazione dei lavoratori in azienda.

4. Abbiamo esaminato le attività de] medico competente utili ad avviare processi di miglioramento delle prestazioni sanitarie nelle aziende. Abbiamo scelto in pratica di applicare la nostra tecnica su singoli e limitati aspetti: uno legato alle prestazioni sanitarie (accertamenti preventivi e periodici: diagnosi della ipoacusia da rumore e denuncia all'INAIL); uno legato ai doveri di informazione del medico (comunicazione dei risultati collettivi ed anonimi degli accertamenti sanitari); uno legato alla necessaria collaborazione del medico anche nel processo di formazione alla salute in azienda.

Allo scopo di migliorare le attività, utilizzando correttamente il metodo della verifica e revisione della qualità possiamo proseguire nel nostro esempio e azzardare che un buon livello di qualità delle prestazioni dei medici competenti interessati al settore edile e lapideo nel territorio veronese, darebbe questi risultati:

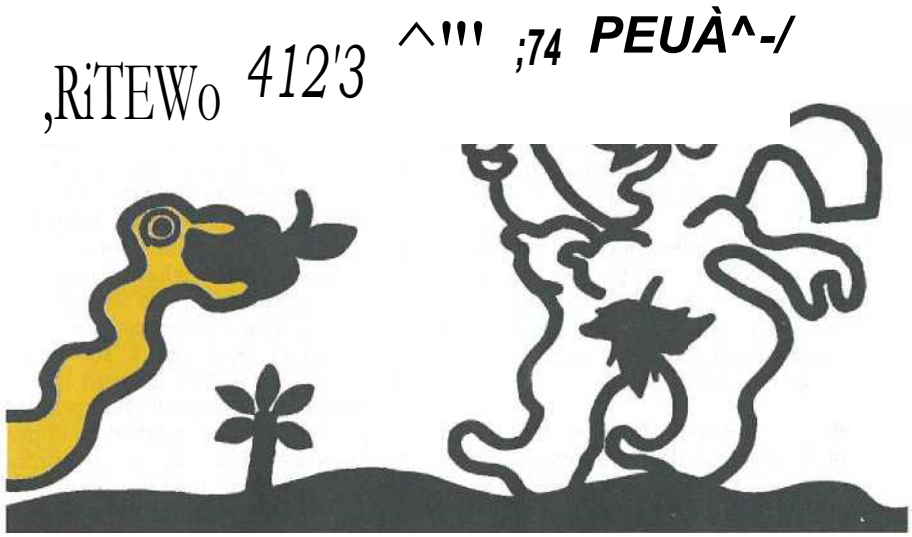
**criterio n.1** la percentuale di ipoacusie diagnosticate in esposti a rumore si discosta meno del 10% dai valori individuati dagli studi fatti;
**criterio n.** 2 il medico incontrai lavoratori almeno una volta all'anno per informarli della situazione sanitaria aziendale;
**criterio n. 3** il medico conduce personalmente almeno il 20 % delle ore di informazione e formazione organizzate per i lavoratori.

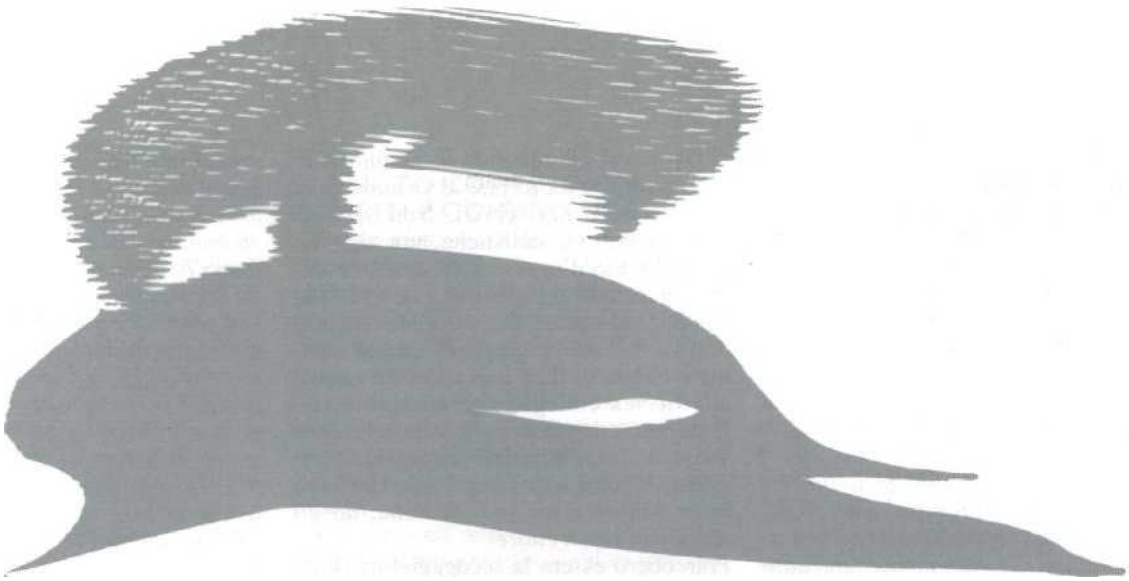
La proposta presentata a Bressanone ha già sollevato alcune perplessità nel Veneto e certamente ha bisogno di essere discussa. Alcune precisazioni sono utili, in primo luogo ribadire che il giudizio ottenuto con questa verifica è parziale, cioè si riferisce a particolari prestazioni fornite, e soggettivo, legato alle scelte di chi partecipa al processo. E necessario quindi che almeno buona parte dei medici competenti siano d'accordo sui criteri e sugli indicatori scelti. Va anche ribadito che questo accordo non può che essere locale e specifico per settore produttivo. Infine è necessario conoscere la materia, gli scopi e l'utilità della VRQ. Con questo documento vorremmo aprire il dibattito.

**Bibliografia**


1.M. Poti, M. Marcolongo: "Organizzazione della prevenzione: sorveglianza sanitaria e formazione"; Atti del convegno Ambiente e Risorse 641- 650, Bressanone 1992.
2.C. Piz, E. Bellotto, A. Acqua, I. magazzini: "ASP alcuni risultati"; SNOP n. 33; 36 - 38 aprile 1995.
3. E. Gaffuri, L. Romeo, M. Gobbi, M. Nesti: "Elaborazione di un catalogo di rischi attribui bili di tumore professionale - Catalogo riferito all'area veronese. Elaborazione di una scheda anamnestica per il riconoscimento clinico dei tumori professionali"; Fogli d'informazione ISPESL 3194; 3 - 21.
4. SNOP società nazionale operatori della prevenzione: "Materiali di lavoro per il XIII convegno nazionale: Sistema informativo, monitoraggio e miglioramento della qualità del lavoro nei servizi di prevenzione" Bussolengo - Lago di Garda 9 - 11 novembre 1994.
5.S. Tonelli "La qualità nei servizi di prevenzione concetti e percorsi" in Obiettivo qualità in sanità pubblica. Contributi n. 38 Regione E. Romagna; 23 - 24 aprile 1994.
6.E. Cipriani, V. Pancheri, S. Marconi, MR. Soprana, V. Zantedeschi: "Danni da rumore nella lavorazione del marmo" in AZ MARMI anno 7 - n. 61; 32-37, dicembre 1990.
7. L. Marchiori ,B .Lon ardi: "Le problematiche di prevenzione nel settore delle costruzioni" in Ambiente e sicurezza sul lavoro N. 5 - 1994.


**Nota:** la Snop nel Veneto annovera fra i soci 37 medici competenti e 73 medici pubblici, e dunque il nostro intervento è volto all'unico fine di fare chiarezza.





**Associazione analisti ambientali**
**Centro V.I.A. Italia**
**VALUTAZIONE DI IMPATTO AMBIENTALE IN ITALIA 1989-94**
**A cura di Egeria di Nallo**
Guerini Scientifica, pag. 372, lire 70.000

A norma di statuto, l'Associazione Analisti Ambientali (AAA) si adopera per la diffusione della cultura degli studi di impatto in Italia, intesa come attività interdisciplinare, perseguendo essenzialmente tre indirizzi principali: la raccolta di casi, l'esplorazione di nuove tendenze e la preparazione di materiale e attività di supporto. Inoltre alla AAA è stato recentemente affidato dalla UE, in accordo con il Ministero dell'Ambiente, il Centro VIA. Italia, nodo italiano della rete degli EIA Centres attivata dalla UE.
Il volume *Valutazione di impatto ambienrale in Italia 1989 - 1994* costituisce un momento importante di questa attività, in quanto mette a disposizione degli operatori un primo quadro sufficientemente rappresentativo degli studi di impatto eseguiti in questi ultimi anni nel nostro Paese.
Vi si trovano, infatti;

- gli indici, organizzati per argomento, dei convegni promossi dall'AAA tra il 1989 e il 1993, comprendenti duecentoventisei titoli di lavori;
- 22 esempi di casi concreti tratti dai convegni precedenti;
- l'elenco degli studi di impatto sottoposti a valutazione a norma del DPCM 377188 e delle leggi della Regione Valle d'Aosta e della Provincia Autonoma di Trento;
- gli indici di alcuni studi, scelti tra quelli sottoposti a valutazione ministeriale, considerati di particolare interesse;
- alcuni commenti al materiale presentato.

Il testo si presenta come un importante strumento di lavoro per gli estensori ed i valutatori degli studi di impatto ambientale, particolarmente in vista del recepimento nel nostro Paese dell'All. II della Direttiva 8513371CEE che estende l'obbligo della valutazione di impatto ambientale anche ad opere di minore rilevanza, secondo una procedura affidata alle Regioni, la cui attività legislativa sulla V.LA.procede rapidamente.
Il volume, infatti, costituisce anche un repertorio bibliografico per argomento di casi concreti di analisi di impatto ambientale di opere non soggette alla procedura del DPCM 377188; ciò consente agli operatori di individuare rapidamente esempi di loro specifico interesse e di risalire facilmente al volume degli Atti dei Convegni AAA - Fast (reperibili anche presso il Centro V.I.A. Italia), dove le memorie sono presentate in esteso.
Analoga funzione svolgono gli elenchi dei progetti sottoposti a procedura di V.I.A. al Ministero dell'Ambiente e ad autorità regionali.
Per opere più complesse, interessanti spunti metodologici sono ricavabili dai 24 indici completi di studi di impatto ambientale esaminati dalla Commissione V.I.A. del Ministero per l'Ambiente e relativi a varie tipologie di opere, preceduti da interessanti e orientative notazioni sulla struttura degli studi di impatto.

**Elsa Bazzano**

**a cura di Renata Borgata**
**Cgil Lodi**
**SCUOLA SICURA**
Casa Editrice Valore Scuola
ottobre 1995
Pagine 267, lire 29.000

La scuola - anche prima del Decreto 626 - doveva essere un ambiente sicuro, dove potere vivere con agio le proprie esperienze di apprendimento, relazione, insegnamento. Le condizioni ambientali debbono garantire sicurezza e salute. Questo libro che raccoglie la normativa recente e meno recente costituisce un pre-requisito per ottenere questo risultato. Utile raccolta di norme e di procedure ha la finalità di fornire ad amministratori locali, a capi d'istituto, a lavoratori della scuola, un sussidio normativo per identificare i rischi ed i pericoli soprattutto strutturali delle unità scolastiche.

**Giuseppe Parolari**
**EPPUR SI MUORE**
**Salute *e* lavoro *tra sogno e* realtà**
Prefazione di *Sergio* Cofferati

*"Bussai alla porta e si affacciò un vecchietto piccolo piccolo dai capelli bianchi. Con occhi vivaci di un ragazzino attento a tutto ciò che gli succedeva attorno, mi fissò un attimo e prima ancora che potessi aprire bocca mi disse: «Caro dottore, la aspettavo».*
*Come sapeva che sarei andato da lui? La mia decisione di fargli visita era solo di qualche minuto prima, quando nel municipio di Molina di Ledro mi avevano dato il suo nome, Candido Zendri messo comunale in pensione, come di una persona che poteva aiutarmi a ricostruire la storia della Collotta-Cis e di chi in quella fabbrica aveva per quasi cinquant anni lavorato le pericolose fibre di amianto".*
*Queste sono* le prime *frasi* del volume *di* Parolari "Eppur *si muore",* apparso *come* inserto redazionale del periodico "Attività sindacale", della CGIL del Trentino.
Tra tutte le opere dedicate *a] tema* della salute *e sicurezza nei* luoghi *di* lavoro, questa *è* certamente tra le *più* originali. I3ellae accattivante *è* la formula utilizzata: brevi racconti, *veri e* verosimili, introducono *i* diversi *temi,* sviluppati *con* delle schede scientifiche. E interessante *per* la *forza* espressiva *e* per la *ricchezza di informazioni, sui* danni alla salute *e sul* "che *fare".*
E' *come una voce* narrante che precede *e* apre gli argomenti, che presenta *un* dramma nella *sua* semplice *e* crudele quotidianità, *o* che trasfigura le *cose* dandogli *una* dimensione fantastica *perciò* tremenda, *e ci* guida avvincente nella trama che silenziosa *si* sviluppa capitolo dopo capitolo. *Non è una* storia *ma un* percorso tra le vicende *umane di chi* lavora. Le schede, *in un* prima lettu'*a,* possono *essere* saltate *come in* una *corsa* campestre tra le mille sorprese della campagna. Gli atti, *i gesti,* tutte le *vite vissute,* le *immagini,* gli ambienti che *via via si affacciano,* tra le pieghe *di un* effetto leggermente inquietante, sembrano animati *da una* molla *segreta, da un* ostinato impegno *a* sentire. *a conoscere, a* capire gli indecifrabili *messaggi dei drammi* nascosti *e* pudicamente celati.
Quante storie simili abbiamo *vissuto. O che ci* hanno sommariamente riferito , quante tragedie *si sono* consumate *o si* stanno consumando, nel *più* totale *disinteresse.*
E *un* problema nazionale, rilevante, tremendo per *le conseguenze* sul corpo *e* sullo spirito del milione *di* infortunati *che ogni anno* registriamo, *e* per *i* 1500 *morti* pianti *in* silenzio.
*Non è* però *una "notizia", non* merita titoli *sui giornali o* spazi *televisivi. La* mattanza *di* lavoratori sembra *essere* solo *uno* spiacevole prezzo *da* pagare al *sistema* della produzione *e dei servizi.* Non *vi sono* persone dietro le statistiche, *non* soggetti, *ma* prestatori d'opera: edili, metalmeccanici, braccianti, terminalisti ,*cassiere.* Non persone, *ma pezzi* del *meccanismo pro*duttivo. L'enorme pregio *di* questo volu*me è* quello *di* dare *uno spessore umano* alle vicende collegate agli infortuni *e ma*lattie professionali. Fornirgli *dei* volti, delle *storie,* delle *fantasie* dell' immaginario popolare. E *come* sottolinea *Sergio* Cofferati nella *sua efficace* introduzione, *dargli un'anima ed un cuore.*
Potrebbero *essere* la sceneggiatura *di un* film-cronaca *ad* episodi, che finalmente *si occupa di* queste *vicende,* delle *condizioni vere di vita di chi* lavora, che *è* sempre *(chi più e chi meno)* esposto *a* rischi.
*La* prevenzione *esige* difatti per prima *cosa* l'informazione.
*La nuova* normativa che il D. *Lgs.* 626194 introduce, *afferma* questo principio. *Ma* lo *circoscrive* allo *specifico* ambiente lavorativo, lo *indirizza* agli *specifici* soggetti esposti. Occorrerebbe *invece una vera* presa *di coscienza* collettiva, *di* tutto *il Paese.* Un salto culturale che *veda* la prevenzione *non come un* costo *ma come un* investimento, *non come un* vincolo *ma come un'occasione. Questa* sensibilità dovrebbe *essere* percepita *da* tutti *e* dovrebbe penetrare nel profondo delle *coscienze.* E *stata* giustamente sviluppata *una* campa*gna di* informazione *e* sensibilizzazione *(e* molto *vi è ancora da fare)* sul problema dell'AIDS, *ma su* questo problema della salute nel lavoro, che riguarda *un numero* enorme *di* persone, *che* produce *danni* notevolmente *maggiori (i* dati sembrano bollettini *di* guerra), *non vi è una* simile attenzione, *non* vediamo suscitare *movimenti o reazioni emotive* adeguate. *Que*sto accade probabilmente per la *scarsa* visibilità pubblica del *fenomeno, se non* nelle *forme di* fredde *cifre o* statistiche INAIL.
Volumi *come* questo *sono* importanti per il *messaggio che contengono,* oltre all'utilità delle indicazioni riportate, alla *forza* divulgativa *e* alla "leggibilità" complessi*va,* affrontabile *anche* da profani della materia.
*Oggi* sarebbe necessaria *una* attenzione generale, *sia* per l'applicazione *di* questo *nuovo e decisivo* decreto legislativo, *sia* per ridare *un senso più* alto al lavoro.
Negli *anni* che *segnarono un* granderinnovamento, il *tema* della salute *fu* tra *i* motivi trainanti, la lotta perla *"non* monetizzazione *dei rischi"* contraddistinse *un'epoca,* il *modello di intervento operaio fu uno* strumento formidabile, *ma oggi* quella *fase è* definitivamente *chiusa.*
*"Mi offri qualcosa, mi raccontò di quegli anni in cui l'alternativa al lavoro massacrante in fabbrica era una valigia con lo spago dell'emigrante, quando la fame abitava in. ogni casa, quando la paga arrivava con mesi di ritardo e con il pane per intere famiglie, quando per questo motivo un lavoratore che si era lamentato con i compagni che non aveva di che sfamare i figli il giorno di Natale si ritrovò licenziato proprio la vigilia del giorno di festa, quando nessuno poteva alzare la testa e protestare perché gli veniva mostrato il cancello davanti al quale e'erci una lunga fila di persone in attesa di lavoro e pronte a sostituirlo. Mi parlò del primo sciopero e del licenziamento di decine di scioperanti".*
*È* Candido che parla all'autore, il protagonista della prima storia, *vera* quanto tremenda.
*Oggi* la situazione *è* completamente diver*sa, sono* cambiati *i* volti, *gli* ambienti, *i* lavori, *eppure è* straordinariamente *simi*le. *Vi sono* file *di giovani* che aspettano *un* lavoro, *come è* cresciuta, negli *anni* ottan*ta,* la quantità *di* lavoratori *messi ai margini, con* ridotti diritti *e* tutele.
11 ricatto occupazionale *piega* ad accettare le condizioni peggiori.
E la fatalità che aleggia intorno al *fenomeno* infortuni, che tra l'altro rappresenta solo la punta dell'iceberg. Questo *è un* problema *di* civiltà *di un* popolo, *di un Paese.* E *se è* la qualità totale l'obiettivo, l'uomo *è* indispensabile.
*Come si* può coinvolgere il lavoratore nella *missione* aziendale *se non* gli *si* garanti*sce* la tutela della salute *e* l'integrità *psicofisica? La* qualità totale *esige* pari qualità sociale.
Questo volume potrebbe *essere un* testo *di formazione,* per la scuola *come per corsi* dedicati *a* questo *tema. Disegna con* nitida *evidenza i* problemi, facendoli scaturire dalle *vicende o* dalle intuizioni *di fantasia, e da* questo approccio *discende la razionalità* del procedere scientifico *con* le relati*ve* schede. *Sono* affrontati *i* problemi delle polveri (silicosi, pneumoconiosi, *amianto,* alveoliti allergiche), *dei tossici (tossici e* sistema *nervoso,* il piombo, *i* controlli sanitari), *dei* rischi *fisici* (calore, *v* ideoterminali ,vibrazioni), dell'organizzazione del lavoro (lavoro *a* turni, fatica *fisica,* stress), *degli* infortuni *e* il pensionamento.
Niente *è più efficace* della semplice de*scrizione (ecco* una parte del brano dedicato alla tragedia *di Ravenna).*
*"Si chiamava Paolo Seconi, aveva ventitré anni. Basta osservare i suoi vestiti, per capire quali tremendi lavori deve accettare chi per anni ha cercato un lavoro "normale" e non lo ha trovato. Paolo ha la testa coperta da un passamontagna, indossa tre maglioni, ha pantaloni di velluto spesso. E sopra tutto ha un cappuccio, giacca e pantaloni di tela cerata, e lunghi stivali. Era coperto così - lui e gli altri -*

*perché era costretto al freddo in un cunicolo alto appena 60-70 centimetri. Doveva stare steso sulla schiena o sul ventre, per ore ed ore a pulire con stracci e diluente le pareti interne del serbatoio della nave. La morte di questi giovani, di questi uomini, è avvenuta in una trappola dalla quale era difficilissimo uscire anche in situazioni normali. Il serbatoio è nella parte più bassa della nave, è largo 7-8 metri, lungo una ventina. Il cunicolo, ogni 70-80 centimetri è sbarrato da una paratia, con un buco che - i progettisti già quando disegnano una nave prevedono proprio tutto -- viene chiamato 'passaggio uomo' : perché deve appunto permettere il passaggio di una persona quando c'è la pulizia. Paolo era al suo primo giorno di lavoro, ed è stato infilato dentro i budelli di una nave non conosciuta dalla quale avrebbe fatto fatica ad uscire anche senza incendio. Aveva il diploma di ragioniere, ma a 23 anni non aveva trovato altro".*
La speranza è che grazie anche a questo lavoro, specchio e simbolo di mille esperienze sul campo, simili drammi si possano in futuro solo leggere come cronaca del passato.

**Domenico Marcucci**

**Ferdinando Gobbato**
**IL MEDICO COMPETENTE, COMPITI E COMPETENZE**
Seconda edizione **1995**
Pubblicazioni Medico Scientifiche (PMS, via Gorghi, 41233, 33100 Udine
tel. 04321507525 - fax 04321505530)
995, pagine 922, lire 175.000

La presente opera, a differenza di altre, è molto ben connotabile attraverso i titoli dei suoi capitoli; questi titoli debbono essere trascritti (unitamente a quelli, riportati tra parentesi, di alcuni dei paragrafi che si ritrovano all' interno dei vari capitoli) prima di proporre qualsiasi altra considerazione:
1. Introduzione (Il medico competente); 2. Infortuni sul lavoro, emergenze tossicologiche e grandi rischi (2.5 Mezzi di protezione individuale); 3. Nozioni generali di tossicologia industriale (3.4 Concause di rischio e fattori di confusione in medicina del lavoro e tossicologia industriale); 4. Igiene industriale ed ambientale (4.5 Valutazione integrata del rischio negli ambienti di vita e di lavoro); 5. Prevenzione sanitaria (5.1 Visite preventive e idoneità al lavoro); 6.I metodi diagnostici in medicina del lavoro (6.1 Indagini di screening ed affidabiI itàdei metodi; 6.2 Analisi logica nella diagnostica delle malattie professionali; 6.3 Il contributo dell'epidemiologia alla diagnosi delle malattie da lavoro); 7. Cancerogenesi professionale, Analisi del rischio, Criteri per la diagnosi; 8. Le malattie da stress e da usura, Lavoro ai videoterminali; 9. Le pneumopatie professionali (9.1 Il polmone e le noxe ambientali); 10. La valutazione del danno nelle malattie da lavoro; 1 I . Radiazioni ionizzanti e radioprotezione (I 1.7 Libretto sanitario c di rischio); 12. Etica in medicina del lavoro.
*E* possibile affermare che, generalmente, la trattazione e quindi i contenuti di ogni parte dell'opera sono tali da non tradire la bontà e la promessa dei titoli riportati ed anche la bontà dei titoli dei sottoparagrafi che dispiace non poter trascrivere in questa sede. Ciò è vero per una lunga serie di motivi: per la chiarezza della trattazione, per la completezza, peri problemi sollevati, per l'aderenza dei contenuti alla pratica abituale (quella più aggiornata) del medico del lavoro, per aver saputo riproporre una razionale ricomposizione tra igiene del lavoro, medicina del lavoro ed altre branche di attività come l'epidemiologia, la tossicologia, I'crgonornia, l'igiene industriale, anche quando queste sono state interessate da uno sviluppo e da una pratica specialistica, alle volte separata dalla medicina del lavoro intesa **in** senso stretto, ecc... Sicuramente questi ed altri risultati sono da ricondurre al fatto che l'autore oltre o più che essere un cultore della materia è stato ed è, in quasi tutti i campi della stessa materia, un "operatore", ricoprendo egli i diversi ruoli di ricercatore,di insegnante odi maestro, di divulgatore, di partecipante ad ogni forma di dibattito, nonchè di vero "praticante" (come ad esempio,negli anni '70,quando , di già cattedrafico, operava con competenza e con prudenza, assieme al sottoscritto, presso il Patronato INCA di Padova diretto da Selvino Trovò).
Alcune brevi citazioni, pur se non casuali ed estratte dal loro più ampio contesto, possono, se ben comprese, rendere conto dello stile, degli indirizzi e della "cultura" che sono alla base tutta l'opera:
"*... La stesura di questa monografia è avvenuta in un periodo di instabilità culturale e di ridotto impegno sociale nei confronti dei problemi che vengono dibattuti, e ne ha in parte subito le conseguenze...*" *(p). IX-X).*
*In Italia la definizione dei valori limite di esposizione ha trovato non poche* difficoltà, *che sono anche sfociate in momenti di elevata tensione sindacale sui problemi dell' ambiente di lavoro e della salute, quale quella registrata con la Conferenza nazionale unitaria delle Organizzazioni Sindacali in data* 27-30 *maggio del 1972 a Rimini. E importante ricordare che pro-*

*prio il 31 ottobre 1972 veniva stipulato il contratto per l'industria chimica che dava un primo orientamento in tema di standard igienici, stabilendo tra l'altro che «non sono ammesse le lavorazioni nelle quali la concentrazione di vapori, polveri, sostanze tossiche, nocive e pericolose superi i limiti massimi (MAC) stabiliti dalle tabelle dell'American Conference of Governcunentallndustrial Hygienists»..." (pag. 379).*

*"...il medico del lavoro si trova di fronte ad una realtà o sistema complesso, all'interna del quale interagiscono tre sottosistemi: l'uomo (U), il lavoro (L) e l'ambiente (A). Per conseguire gli obiettivi della prevenzione (sicurezza, salute e benessere) il medico deve ottimizzare i rapporti di dipendenza ed i meccanismi di interazione tra questi sottosistemi, e cioè promuovere il «bestfit» tra ciascuna coppia di variabili: uomo-lavoro, uomo-ambiente, lavoro-ambiente. L'affidabilità del sistema (x) è definita dall'equazione x = f (U, L, A) che sarà soddisfatta, ai sensi dell'analisi logica (algebra di Boole), quando sussistano le seguenti condizioni: L'uomo è idoneo (U = 1), il lavoro è confacente (L = 1), l'ambiente è accettabile (A=1)ecioè x=(U,L,A)=1,dacui risulta che l' affidabilità del sistema è dato dalla somma logica (prodotto algebrico) di tutte le variabili considerate..." (pag. 465).*

*"...Quale è il rischio relativo minimo accettabile? Tale domanda è del tutto oziosa o pleonastica, perché è ovvio che è accettabile, dal punto di vista della medicina preventiva, solo il «non rischio» ovvero una variazione del rischio non statisticamente significativa, cioè non dimostrabile..." (pag. 469).*

*"...il medico del lavoro deve essere sopra ogni altra cosa competente, libero efermo nelle scelte decisionali, condizioni queste che gli impediranno di assumere atteggiamenti di «aggressività culturale», di «sicurezza tecnica», di «paternalismo ideologico» esoprattuttodidiventare un «high risk doctor»..." (pp. 896-897).*

*"...Per rendersi conto delle difficoltà che si incontrano nella ricerca epidemiologica, il medico del lavoro avrà cura di leggere un articolo redatto dal Gruppo di prevenzione e igiene ambientale (Gpia) dei lavoratori Montedison «L'esposizione a rischio è un danno», pubblicato sul n.25 di Epidemiologia e Prevenzione 1985.*
*Si tratta di un articolo cr forte contenuto ideologico, di cui peraltro il medico del lavoro deve tener conto se vuole ottemperare alle richieste degli assistiti..." (pp. 903-904) .*

*"... Negli anni '70 una industria internazionale che produceva cloruro di polivinile, dopo aver introdotto le necessarie modifiche degli impianti, rese di pubblico dominio la nozione dell'effetto cancerogeno del cloruro cli vinile monomero mettendo in crisi le altre aziende produttrici... " (pag. 904).*

*...Vent'anni fa venivano commercializzati prodotti a base di EDTA calcico per la profilassi del saturnismo in esposti a piombo: tali prodotti hanno avuto vita breve e così pane altri tipi di trattamento fa rnwcologico «preventivo»... " (pag. 912).*

*"... Viene fatto di chiedersi se l'eseguire ricerca da parte dei medici del Servizio Sanitario Nazionale per conto e/o in collaborazione con industrie private non ne limiti l'obiettività di giudizio e non ne coarti i compiti di vigilanza. In tali circostanze vi è un coinvolgimento «culturale» che potrebbe anche sortire in quelli che il Pellegrino chiama i «vantaggi di contorno», come il supporto finanziario delle aziende private per l'organizzazione di convegni, viaggi culturali..." (pag. 912).*
*Probabilmente l'opera della quale si sta parlando risulterebbe perfetta se presentasse qualche nomogramm a in meno, se fosse stata oggetto di un editing più severo (per esempio rispetto alla completezza di alcune voci bibliografiche e, in certi casi, al loro aggiornamento), se non avesse dovuto fare i conti con gli effetti (non tutti ancora disvelati) delle innovazioni prodotte dal recepimento delle direttive comunitarie in vari campi ed anche in quello della radioprotezione e se fossero stati trattati più diffusamente alcuni argomenti afferenti alla ergonomia.*
*Può darsi che la triste e travagliata storia dei lavoratori sia leggibile anche attraverso i titoli delle opere che, ormai da circa tre secoli, trattano specificatamente delle loro malattie e poi della loro salute.*
*In effetti possono essere riconosciute delle fasi diverse di un medesimo, lungo, processo quando si passa da "Le malattie degli artigiani" (Ramazzini, 1700) a "Le malattie del lavoro" (Giglioli, 1902); da "Patologia del lavoro e terapia sociale" (Pieraccini, 1905-6) ca "Le malattie dei lavoratori" (Allevi, 1908); da "Malattie professionali e igiene del lavoro" (Roth-Carozzi, 1909) a "Le Malattie da lavoro" (Ranelletti, 1924); da "Clinica delle malattie professionali" (Quarelli, 1931) a "Trattato di Patologia medica del lavoro" (Preti, 1940) ed a "Clinica e patologia dei lavoratori" (Sabatini-Molfino 1941). In seguito, per alcuni decenni, si stabilizzerà il titolo "Medicina del lavoro " (Molfino,1959; Caccuri 1961; Caccuri 1963-65; Crepet 1979; Sartorelli 1981; Casula 1993). L'evoluzione più recente si caratterizza attraverso due diversi titoli: "Medicina preventiva ed igiene del lavoro" (Magelli-Giacomini, 1987) e "Il medico del lavoro" (Gobbato, 1995).*

E da dire che risulta accattivante oltre che originale il titolo dato da Gobbato alla sua opera, anche se, a ben vedere, esso è semanticamente apparentato ad altri di lingua inglese ("Outlines of industrial medicai practice", Collier, 1943; "Occupational health practice",Schilling, 1973). Il titolo di Gobbato è semplice e si rivolge ad un destinatario facilmente identificabile. Il destinatario non dovrebbe essere lo studente di medicina (reclutato grazie alla famosa Tabella XVIII) per il quale è disponibile il testo più o meno curato del proprio professore e neppure (forse) lo specializzando in medicina del lavoro (specie protetta ed allineata ai programmi CEE) che può scegliere tra i due o tre "trattati" di medicina del lavoro, quello di scuola oppure quello più o meno recente. Il vero destinatario è una figura rivalutata,con dignità di status sociale (acquisita oggi, secondo alcuni, anche a scapito del medico del lavoro pubblico che in un recente passato aveva preso il sopravvento), molto ricercata sul mercato. Per questo motivo l'opera in esame ne richiama alla memoria un 'altra fortunatissima, quella di Angelo Celli (II Manuale dell'Igienista, Vallardi Roma-Milano 1908) che aveva come destinatario privilegiato l'Ufficiale Sanitario. all'epoca, e per svariati decenni dopo, vera figura chiave della sanità pubblica in Italia. Per strane vicende (ma poi non tanto strane) il medico al quale si rivolge Gobbato è conosciuto, e per decreto continuerà ad essere conosciuto, con l'appellativo "competente". A tale proposito può essere formulata una umile proposta che non dovrebbe dispiacere all'autore dell'opera della quale si sta parlando (lo stesso come contrappasso dovrebbe garantire un aggiornamento con frequenza adeguata della sua opera): del titolo "competente" potranno continuare a fregiarsi e godere quei medici (non importa se specializzati o dove e quando specializzati in Medicina del lavoro) che supereranno un esame (o almeno un auto-esame) basato sul testo di Ferdinando Gobbato. Ripensandoci, la stessa proposta sarebbe logico estenderla in modo da interessare tutti i medici del lavoro, pubblici e privati, in atteggiamento di vigilanza o di controllo, primari e non. Potrebbero essere esentati solo coloro che sono transitati, a mo' di manager, nello staff dirigenziale delle aziende-USL (e che non svolgono, come secondo lavoro, l'attività di medico "competente").

**F. Carnevale**

# DIRETTIVO SNOP NOVEMBRE '95

## EMILIA ROMAGNA
**Graziano** Frigeri
(presidente SNOP)
Distretto Parma Città
viale Barsetti, 8
43100 PARMA
Tel. 05211259883-48
Fax 05 2 1 1259 896

**Franco Pugliese**
(segretario regionale)
Azienda USL Piacenza
corso Colombo, 26
290 I 0 S.Polo di Podenzano (PC)
Tel. 05231302022
Fax 05231302066

## VENETO
**Flavio Coato**
(vicepresidente SNOP)
**Emilio Cipriani**
*(segretario* regionale)
SPISAL-USL n. 22
via Foro Boario, 28
37012 Busso lengo (VR)
Tel. 04516769427
Fax 04516700347

**Marcello Poti**
SPISAL-USSL n.20
via P. Cosma, I
35012 Camposampiero (PD)
Tel. 04919 3 24 1 I I
Fax 04919324343

## PIEMONTE
## VALLE D'AOSTA
**Silvano Bosia**
(segretario regionale)
USL n. 19
via Baracca, 6
14100 ASTI
Tel. 0 1 4 1 1392226
Fax 01411217333

**Andrea Dotti**
USL n. I
via Lombroso, 16
10125 Torino
Tel. 0 11/6698822
Fax 0 I 1 16503 1 49

## LAZIO
Fabrizio Magrelli
(segretario regionale)
USL RM13
via F. Meda, 35
00157 ROMA
Tel. 0614 1 60 1 207
Fax 0614 1601220

## LIGURIA
**Stefania Silvano**
(segretario regionale)
USL 19
Corso Sardegna
19100 LA SPEZIA
Tel. 01871533741
Fax 01871533472

**Claudio Calabresi**
*(ufficio di presidenza)*
UOPSAL n. I
corso Gastaldi, 7
16138 GENOVA
Tel. 010153W 647
Fax 010132 638

## FRIULI
**Cristina Driussi**
(segretario regionale)
USL Medio Friuli
via Trento e Trieste
33038 S. Daniele del Friuli (UD)
Tel. 0432/949571
Fax 04321949355

## LOMBARDIA
**Laura Bodini**
(direttore della rivista)
UOTSLL - ASL n. 31
via Oslavia, I
20099 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02/2625763 I
Fax 02126223083

Dario Tagini
(segretario regionale)
Tel. 02198058517

**Enrico Cigada**
(tesoreria)
Servizio n. I - ASL n. 31
via Oslavia, I
20099 Sesto San Giovanni (MI)
Tel. 02126257625
Fax 02126223083

## TOSCANA
Alberto **Baldasseroni**
(segretario regionale
vicedirettore *rivista)*
SPISLL - USSL n. I 0
viale Guidoni, 1781A
50125 Firenze
Tel. 05514224407
Fax 05514224405

**Domenico Taddeo**
(vicepresidente SNOP)
SPISL - USL n. 5
via Fantozzi, 14
56025 Pontedera (PI)
Tel. 0587/2735 I2
Fax 0587/2735 19

## CAMPANIA
Milena Pelosi
(segretario regionale)
Parco Arcadia, 4
NAPOLI
Tel. 08 1187624 1 2
Fax 08118761098

## MARCHE
**Giuliano Tagliavento**
Az. USL n. 7
via 25 Aprile, 61
60022 Castelfidardo (AN)
Tel. 07 1 17 1 30407
Fax 07 1 17 I 30405

## UMBRIA
**Armando Mattioli**
(segretario regionale)
via del Campanile, 121A
06034 Foligno (PG)
Tel. 07421339580 - 339502
Fax 07421340501

## SARDEGNA
**Antonio Omnis**
(segretario regionale)
USL n 15
via Tirso, 71
09037 S. Gavino (CA)
Tel. 07019375204
Fax 07019375205

## CALABRIA
**Cirillo Bernardo**
(segretario regionale)
UOML
via Discesa Poerio, 3
88100 CATANZARO
Tel. 0961/8871 I 1
Fax 09611747556

## PUGLIE
**Roberto** Giua
(segretario regionale)
USL TA 4
corso Umberto, 79
74100 TARANTO
TEL. 099/486235
Fax 099/486276

**Fulvio Longo**
(vicepresidente SNOP)
USL BA114
via Lecce, 5
70010 Casamassima (BA)
Tel. 080/674832

## SICILIA
**Paolo Ravalli**
(segretario regionale)
Servizio MdL AUSL n. 7
Zona Industriale I °
97100 FASE RAGUSA
Tel. 09321600696

## ALTRI RIFERIMENTI
**Antonio** Cristofolini
Servizio Medicina del Lavoro
via Malta, 6
38100 TRENTO
Tel. 046 1 1230030
Fax 04611894683

**Stefan Faes**
(laboratorio medico provinciale)
via Amba Alagi, 5
39100 BOLZANO
Tel. 04711286530
Fax 0471/27263 I

Annamaria di **Gianmarco**
Usi n. 12
via della Stazione, I
65026 Scafa (PE)
Tel, 0851854 276
Fax 085/8543 I23

**Sergio Scorpio**
USL n. 01
via Conca Casale, 15
86079 Venafro (IS)
Tel 08651900952
Fax 08651903335